

ТЕМА НОМЕРА



IT-РЕВОЛЮЦИОННЫЙ 2017-Й: АПТЕКИ ЖДУТ ПЕРЕМЕН

В условиях высокой конкуренции и снижения покупательной способности населения поиск новых возможностей и форматов работы с покупателями выходит на первый план. И без современных технологий здесь не обойтись.

АНОНС



Л.Д. ПОПОВИЧ: «В ЗДРАВООХРАНЕНИИ МАССА ЗОН НЕЭФФЕКТИВНОСТИ»

В СМИ прошла информация о планах правительства России сократить в 2017 г. расходы на здравоохранение на треть. На самом же деле это не так, расходы даже увеличатся.



«А В ДОПОЛНЕНИЕ РЕКОМЕНДУЮ ВЗЯТЬ...»

Почему допродажи – один из основных инструментов для повышения прибыли в торговле.

ТЕМА НОМЕРА

	ИТ-РЕВОЛЮЦИОННЫЙ 2017-Й: АПТЕКИ ЖДУТ ПЕРЕМЕН	3
---	---	---

АПТЕКА

	В АПТЕКИ ПРЕСНИ – «ПРИШЕЛ, УВИДЕЛ И КУПИЛ!»	16
---	--	----

	В ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ АПТЕКЕ ВАЖЕН ПОРЯДОК ХРАНЕНИЯ СУБСТАНЦИЙ	25
---	---	----

	ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ПРОИЗВОДСТВО ЛЕКАРСТВ: НАЗАД В БУДУЩЕЕ	29
--	---	----

	«А В ДОПОЛНЕНИЕ РЕКОМЕНДУЮ ВЗЯТЬ...»	32
---	---	----

	ФЕРМЕНТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ТРОМБОЗАХ И ТРОМБОЭМБОЛИЯХ	36
---	--	----

	ВОПРОС – ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ	40
---	--------------------------------	----

	МЕДИЦИНСКАЯ ЖЕЛЧЬ НАТУРАЛЬНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ	42
---	---	----

ФАРМРЫНОК

	СЕРВИСНАЯ МОДЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАР- СТВЕННОГО НАДЗОРА	44
---	--	----

	В РОССИИ СЕГОДНЯ ИННОВАЦИИ НИКОМУ ОСОБЕННО НЕ НУЖНЫ	48
---	---	----

	ДИСТРИБУТОР ИЛИ ЛОГИСТ: ЗА КЕМ БУДУЩЕЕ НА ФАРМРЫНКЕ?	50
---	--	----

	ТАМОЖНЯ ДАЕТ ДОБРО	53
---	--------------------	----

	ЛЕКСРЕДСТВА ДЛЯ НОРМАЛИ- ЗАЦИИ КАЛЬЦИЕВО-ФОСФОР- НОГО ОБМЕНА	58
---	--	----

	ПОЛЕ, ОБЩЕЕ ПОЛЕ...	61
---	---------------------	----

	ИСКАЖЕННЫЙ ОБРАЗ ФАРМИНДУСТРИИ	65
--	-----------------------------------	----

	ФАРМРЫНОК: В ОЖИДАНИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА	68
--	--	----

	ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СМЫСЛЫ. ЭПИЗОД III: НОВАЯ РОССИЯ	71
--	--	----

	ДОПУСК К ПРОФЕССИОНАЛЬ- НОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕРЕЗ АККРЕДИТАЦИЮ	74
--	---	----

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

	Л.Д. ПОПОВИЧ: «В ЗДРАВООХРА- НЕНИИ МАССА ЗОН НЕЭФФЕК- ТИВНОСТИ»	77
--	---	----

	КОГДА ТАБЛЕТКА ДОРОЖЕ ЧЕЛОВЕКА	83
--	-----------------------------------	----

	А ЕСЛИ БУДУТ ДЕНЬГИ, НО НЕ БУДЕТ ЛЮДЕЙ – ТО СТАНЕТ ЛЕГЧЕ?	87
--	---	----

	ЗДОРОВЬЕ СУСТАВОВ В НАДЕЖНЫХ РУКАХ	90
--	---------------------------------------	----

	КАК СПРАВИТЬСЯ С АСТМОЙ? УПРАВЛЯТЬ ЕЮ И КОНТРОЛИРО- ВАТЬ	95
--	--	----

ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ

	СОБИРАЯСЬ В РОДДОМ, НЕ ЗАБУДЬ ЗАЙТИ В АПТЕКУ	98
--	---	----

СПЕЦМЕРОПРИЯТИЯ

	СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОКТЯБРЕ – ДЕКАБРЕ 2016 г.	102
--	--	-----



IT-РЕВОЛЮЦИОННЫЙ 2017-Й: АПТЕКИ ЖДУТ ПЕРЕМЕН

В условиях высокой конкуренции и снижения покупательной способности населения поиск новых возможностей и форматов работы с покупателями выходит на первый план. И без современных технологий здесь не обойтись: именно они предоставляют обеим сторонам – и аптеке, и потребителю – массу новых возможностей.

ИНТЕГРАЦИЯ В ТЕЛЕМЕДИЦИНУ

Несмотря на некоторое снижение финансирования здравоохранения, власти начинают предпринимать шаги к развитию и интеграции телемедицинских технологий и электронных систем в медицинских учреждениях. А так как фармацевтическая отрасль – неотъемлемая часть системы здравоохранения, она может выгадать от коммуникационно-технологического развития в медицинской сфере, если также будет интегрирована в процессы, связанные с электронным документооборотом, системой электронных карт и др.

Александр Муравин, старший юрист юридической фирмы Goltsblat BLP – один из участников Темы, поясняет, что «внедрение телемедицинских технологий может

поспособствовать улучшению контроля за отпуском препаратов рецептурной группы и частично перевести документооборот в электронную форму, если аптекам будет предоставлен ограниченный доступ к электронной карте пациентов». И хотя содержание медицинской карты, конечно же, составляет врачебную тайну в понимании ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан», закон все же допускает раскрытие врачебной тайны с письменного согласия гражданина (или его законного представителя) для проведения лечения или в иных целях, а также без согласия – при информационном обмене между медицинскими учреждениями. Да, потребуются внести изменения в законодательную базу. А так как пока нормативная база для внедрения

телемедицинских сервисов еще детально не разработана, говорить о том, какие именно акты потребуют изменения, рано, считает эксперт.

О функциональных возможностях системы можно будет судить из проекта Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам применения информационно-телекоммуникационных технологий и введения электронных форм документов в сфере здравоохранения», разработка которого предусмотрена приоритетным проектом «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий» (паспорт проекта утвержден президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам 25 октября 2016 г.).

Сервисы для контроля здоровья помогают пользователям выполнять рекомендации врача. Электронному варианту хранения данных отдает предпочтение все больше людей, особенно представителей нового поколения, родившихся в начале 1990-х гг. и выросших в эпоху глобализации, привыкших доверять хранению важных данных различным гаджетам.

Мобильные приложения, помимо возможности создания курсов приема лекарств с любыми интервалами, напоминают пользователям об их приеме с помощью e-mail, push или SMS. Все это позволяет сделать курс лечения более эффективным – без пропусков, без произвольного сочетания лекарств и продуктов питания и т.д. Приложения становятся средой для быстрой коммуникации между пациентом и его врачом еще до прихода пациента в аптеку.

АВТОМАТИЗАЦИЯ АПТЕЧНОГО БИЗНЕСА

В самих аптеках активно внедряются современные технологические решения: программы комплексной автоматизации

аптечного бизнеса, централизованный учет движения медикаментов от закупки до розничной реализации и мн. др.

Эксперт Темы **Ольга Сизова**, директор Департамента информационных технологий ЗАО «Эркафарм», рассказала о новаторских решениях в аптечных сетях «Доктор Столетов» и «Озерки». Это и программы лояльности, и электронная очередь, позволяющая значительно систематизировать процесс покупки, и оснащение прикассовых зон мониторами, на которых размещена актуальная информация об акциях и интересных предложениях для покупателей, и установка в ряде аптек компании POS-терминалов с функцией оплаты заказов картой с бесконтактной технологией PayPass, а теперь еще в аптечной сети «Озерки» планируется установка терминалов самообслуживания.

Компании, специализирующиеся на предоставлении различных услуг аптекам в онлайн-сфере, уже готовы к сотрудничеству. Планируемая государством легализация дистанционной торговли лекарствами предполагает наличие на розничном фармацевтическом рынке опытных партнеров, экспертов в организации коммуникаций между аптекой и потребителем. Таковыми, скорее всего, станут ныне действующие и знакомые аптечным предприятиям агрегаторы, помогающие населению в поиске медикаментов в аптеках, размещая на своих порталах номенклатуры аптечных товаров своих клиентов-аптек. Кроме того, к процессу онлайн-торговли хотят примкнуть и колл-центры, предлагающие свои мощности для построения службы клиентского сервиса, связанной с бэк-офисом и службой доставки. Но трудности такого предложения состоят в том, что аптекам, помимо своей профессиональной деятельности, придется осваивать и внедрять новые процессы, ранее им незнакомые. И это не только логистика и доставка, но и организация клиентского сервиса и каналов связи с интернет-магазином. Чтобы

наладить весь процесс, нужно будет привлекать людей с опытом в онлайн-торговле и клиентском сервисе. А это дополнительные и большие расходы.

Известные непрофильные онлайн-ритейлеры, предлагающие разнообразные товары народного потребления, тоже подключаются к работе с аптеками. Конечно, для аптек выход на раскрученные торговые площадки онлайн-ритейлеров весьма заманчив, но здесь аптечный товар станет лишь одним из многих товаров среди одежды-обуви, книг и огородных принадлежностей. Не надо забывать, что лекарства – особенный товар, и так же, как и выход их продаж на торговые витрины супермаркетов, онлайн-продажи медикаментов среди огромного числа товаров народного потребления затеряются, и им не будет оказано должное и профессиональное внимание и особые условия заказов и доставок.

Тем не менее, в настоящее время все генераторы онлайн-продаж могут предложить потребителю только информационные услуги, а когда будут сняты законодательные ограничения для дистанционной торговли лекарствами в России, все они будут готовы к организации приема и доставки заказов.

СТРЕМИТЕЛЬНО РАЗВИВАЮЩИЙСЯ СЕГМЕНТ

Фармацевтический рынок находится в ожидании легализации интернет-торговли лекарствами и их доставки потребителю. Это откроет перед аптеками дополнительные возможности.

По данным руководителя направления по работе с индустриальными клиентами компании «Яндекс.Маркет» **Антон Подоллинского**, в месяц примерно миллион раз пользователи хотят купить лекарственные препараты в Интернете и порядка 40 млн раз в месяц ищут тот или иной препарат или аптеку, в которых его можно приобрести. И добавляет, что не все аптеки умеют

продавать в Сети. «Самая большая проблема аптек в Интернете – ни у одной нет точных данных по остаткам. А это риск для пользователя – прийти в аптеку и не обнаружить там необходимого лекарственного препарата. Работайте с остатками и смотрите в сторону IT-решений», – призывает эксперт Темы.

По данным Google, в среднем количество запросов в Интернете, связанных с фарминдустрией, растет на 20–40% в год; 65% всех запросов приходится на пользователей мобильных устройств.

Ольга Сизова, представляющая в Теме мнение аптечных сетей «Озерки» и «Доктор Столетов», говорит, что компании, безусловно, хотелось бы, чтобы интернет-аптека стала полноценным каналом продаж. В этом отношении современные IT-технологии и маркетинг предлагают большой выбор инструментов оптимизации бизнес-процессов и повышения доходности аптеки.

А вот **Анатолий Тенцер**, директор по развитию одного из ведущих дистрибуторов в стране «Катрен», скептически высказался о выходе аптек в онлайн-пространство с точки зрения увеличения прибыльности. На прошедшем осенью в Москве Аптечном саммите он заявил, что «Интернет количество продаж и денег не увеличит, но рынок перераспределит». «Рынок не вырастет, ведь лекарства покупают не потому, что их удобно купить, а потому, что лечиться надо. Нет Интернета, отключат его, человек все равно пойдет в аптеку», – не сомневается эксперт. Он предостерег своих коллег от напрасной, по его мнению, надежды сразу же увеличить продажи, начав работать в Интернете. Во-первых, покупатель еще должен найти сайт аптеки и зайти на него, а компании надо его развивать и поддерживать, что требует дополнительных затрат. «Аптеки ратуют за выход в онлайн-пространство потому, что думают, что увеличат свои продажи, не предполагая, что туда же полезут и другие, скорее всего, интернет-компании,

которые могут и умеют торговать», – считает А. Тенцер.

Кстати, именно представитель «Катрена» одним из первых заговорил о признаках революционной ситуации на розничном фармрынке, когда «низы не хотят жить по-старому и спрос среди населения на покупку лекарственных средств в Интернете уже невозможно игнорировать, а верхи не могут жить по-старому, но все еще запрещают законодательно дистанционную продажу лекарств».

Эксперт Темы **Алексей Лактионов**, генеральный директор ООО «АСофт XXI», идеолог и разработчик поискового портала AptekaMos.ru, сомневается, что доставка лекарств принесет аптекам существенный прирост дохода в ближайшем будущем, но в плане имиджа, узнаваемости конкретной аптеки дивиденды будут. «Скорее это вопрос имиджа и способ вхождения в новые реалии рынка, все сегменты которого, а не только фармация, стремительно виртуализируются. В конечном счете, доставка лекарств, как и любая доставка, это комплексная услуга, включающая в себя три основных звена: информационный ресурс, аптеку-склад и курьерскую службу. Наша позиция предельно проста: если на каждом этапе будет работать специализированная компания, то эффект будет максимальным. Но к этому выводу жизнь еще должна подвести всех участников процесса и, прежде всего, сами аптеки», – поясняет он свою позицию. Эксперт Темы убежден, что для достижения эффективного результата каждый должен заниматься своим делом: аптекам более выгодно пользоваться ресурсами специализированных агрегаторов, предлагающих вполне разумную цену своих услуг, нежели содержать целую службу и специалистов по созданию, поддержке и продвижению своего личного сайта онлайн-торговли.

Стратегию развития интернет-торговли лекарств в России Минпромторг планирует

разработать до конца 2016 г. Ведомством с участием бизнеса определены два блока мероприятий. Первый блок связан с мерами по развитию интернет-торговли, снятию излишних барьеров и облегчению ведения бизнеса российскими компаниями. В частности, это и запрет на торговлю алкоголем, ювелирными изделиями, лекарствами, требующий взвешенного подхода и либерализации, это и логистическая поддержка, и упрощение приема и повышение доверия при платежах в дистанционной торговле.

Во втором блоке определены возможные ограничения для создания равных конкурентных условий для российских и зарубежных интернет-компаний. «Интернет-торговля сегодня – это стремительно развивающийся сегмент, в котором государство должно проводить очень взвешенную политику без излишнего административного давления», – считает глава Минпромторга **Денис Мантуров**. Но и, добавим от себя, без излишней мягкости. В случае нарушения требований ресурсы, реализующие товары аптечного ассортимента, будут заблокированы Роскомнадзором. Функции по проведению экспертизы сайтов на соответствие требованиям закона могут быть возложены на Минздрав, Росздравнадзор или специально созданную саморегулируемую организацию.



СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ АГРЕГАТОРЫ

Сегодня аптекам помогают продавать товар сайты-агрегаторы, т.е. веб-приложения или интернет-сайты, объединяющие данные из нескольких источников в один с единым пользовательским интерфейсом. Один из таких агрегаторов – ресурс, популярный не только у москвичей, – AptekaMos.ru, разработанный компанией «АСофт XXI». С ресурсом сотрудничают 1720 аптек не только Москвы и Подмосковья, но и регионов. На сайте размещено 7 млн позиций прайс-листов аптек, которые ежемесячно просматривают около 1,04 млн посетителей сайта.

Алексей Лактионов поясняет, что основная функция ресурса AptekaMos.ru – это обеспечение информационного взаимодействия между аптекой и населением.

«Мне не нравится термин «агрегатор», хотя, по сути, он верный. Все интернет-ресурсы в той или иной мере агрегируют информацию, для этого они, собственно, и создавались.

Нам до Google, конечно, далеко, но в своей области, фармацевтической, мы представляем, на мой взгляд, больший интерес, чем «агрегаторы» Google или Яндекс», – говорит он и поясняет, что это «специализированный ресурс, позволяющий рассмотреть покупку лекарства со всех сторон, получить максимальную информацию, причем верифицированную специалистами в фармации, имеющими специальное высшее образование и не один год проработавшими в сфере информационной поддержки лекарственного обеспечения».

«Задача поисковиков Google и Яндекса – вывести на адекватный ресурс, где пользователь может получить всю необходимую ему

информацию, которая должна быть профессионально собрана, обработана и предоставлена. И за которую агрегатор должен нести ответственность. Поисковики такого делать не будут, у них своих задач много, кроме того, они не специалисты в области лекарств и ничего не знают о предметной области, – отмечает эксперт. – На AptekaMos.ru клиент-аптека или посетитель сайта могут пожаловаться и им ответят, а также примут меры по ликвидации недостоверной информации или другой ситуации. Если не заниматься верификацией и модерацией информации, то ресурс становится набором данных «ни о чем». Информация также «протухает», как и любой продукт. У нее есть свои «сроки годности», и ей необходим собственный «контроль качества». Вот этим мы и пытаемся заниматься».

«Адекватная, непредвзятая обратная связь с клиентом – основа успешного бизнеса. Без нее невозможно долго оставаться на плаву, а тем более лидировать в своей сфере», – уверен руководитель «АСофт XXI».

В самом деле, сейчас, когда предложения опережают спрос, тщательная и вдумчивая работа с клиентами встает на первый план. Сервисные услуги, предлагаемые клиентам, приобретают новый смысл и становятся важной составляющей успешного бизнеса – и клиента, и IT-исполнителя. А забытый в пылу «агрессивных» продаж профессионализм настойчиво требует своего возвращения, как и осознание исключительности фармацевтической отрасли, требующей соединения прибыльности бизнеса и социальной ответственности за жизнь и здоровье человека.

АПТЕКИ РАСШИРЯТ СВОЙ БИЗНЕС

Муравин Александр

Старший юрист юридической фирмы **Goltsblat BLP**



В настоящий момент на рассмотрение Правительства РФ внесен законопроект о снятии запретов на онлайн-торговлю лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, разработанный Минздравом. В законопроекте предусматривается, что право на продажу лекарственных препаратов и медицинских изделий через Интернет будут иметь только организации, обладающие лицензией на розничную реализацию лекарственных препаратов, т.е. исключительно аптечные организации. Порядок дистанционной торговли лекарственными средствами предстоит разработать и утвердить Правительству РФ в качестве отдельного нормативного акта. На настоящий момент данный законопроект еще не внесен в Государственную Думу.

Можно ожидать, что в Правилах дистанционной торговли лекарственными препаратами будут установлены требования к доставке лекарственных препаратов (включая термолабильные) покупателям, к порядку

проверки рецептов при дистанционной продаже и др. специфические для фармацевтического рынка требования.

Снятие запрета на онлайн-торговлю может позволить аптекам расширить свой бизнес за счет возможности реализовать товары намного более широкому кругу потребителей, нежели существующий. Нередко потребители посещают наиболее близкие к их месту проживания или работы аптеки, игнорируя удаленные, даже при наличии разницы в цене. Услуга доставки позволит аптекам достигать тех потребителей, которые ранее были не готовы совершать поездку в другой район самостоятельно.

Внедрение телемедицинских технологий также может поспособствовать улучшению контроля за отпуском препаратов рецептурной группы и частично перевести документооборот в электронную форму, если аптекам будет предоставлен ограниченный доступ к электронной карте пациентов или пациент сможет предоставить идентификатор рецепта при онлайн-заказе для автоматизированной проверки.

НОВАТОРСКИЕ РЕШЕНИЯ ДЛЯ АПТЕК

Сизова Ольга

Директор Департамента информационных технологий ЗАО «Эркафарм»
(аптечные сети «Озерки» и «Доктор Столетов»)

Группа компаний «Эркафарм» активно внедряет автоматизированные технологические решения в сети аптек «Доктор Столетов» и «Озерки».

В аптеках «Озерки» в 2016 г. мы реализовали масштабный проект – программу лояльности «Забота о здоровье». Дисконтную

карту клиент может оформить в любой аптеке, посредством терминалов получать информацию о совершенных покупках и персонализированных скидках. Так, участники нашей программы лояльности при последующих покупках в сети аптек «Озерки» получают скидки до 50%. При этом, имея историю

совершенных покупок, могут воспользоваться расширенными дисконтными предложениями. Одновременно с этим мы несколько облегчили труд фармацевта, поскольку с дисконтными акциями и действующими скидками клиент может ознакомиться самостоятельно. В настоящее время мы занимаемся развитием данной программы и в первой половине 2017 г. планируем ее модернизацию: сделаем более удобной и информативной для клиента.

Второе современное новаторское решение сети аптек «Озерки» – электронная очередь, позволяющая значительно систематизировать процесс покупки, особенно в аптеках сегмента дискаунтера, в которых наблюдается большой поток клиентов. Замечу, что на фармацевтическом рынке Санкт-Петербурга мы стали первой аптечной организацией, внедрившей электронную очередь.

Безусловно, мы ориентированы на продвижение брендов лекарственных средств, в связи с чем успешно реализовали рекламный проект на собственных медианосителях. Теперь каждая аптека сетей «Доктор Столетов» и «Озерки» в прикассовой зоне оснащена мониторами, на которых размещена актуальная информация об акциях и интересных предложениях для покупателей.

В аптечной сети «Озерки» планируем установку терминалов самообслуживания. Это в большей степени проект дискаунтера ввиду того, что очереди в аптеках такого формата достаточно большие. Мы ценим время наших клиентов: в терминале покупатель может сделать предзаказ необходимых лекарственных средств – перечень их будет состоять из самых необходимых препаратов, и далее пройти в отдельную кассу. Эта система будет реализована в аптеках с электронной очередью и комфортной зоной ожидания. Время комплектации заказа при этом будет оставаться минимальным. Ожидая заказ, можно ознакомиться с акциями, почитать книгу.

«Эркафарм» следит за инновационными IT-продуктами и новинками. Так, например, в аптечной сети теперь принимаем карты с бесконтактной технологией оплаты PayPass. В ряде аптек POS-терминалы с такой функцией уже установлены, что делает оплату покупки быстрой, удобной и безопасной для клиента, и, без сомнения, является еще одним преимуществом нашей аптечной сети.

На сайте «Доктора Столетова» есть опция предварительного онлайн-заказа с возможностью забрать его в аптеке. Мы полностью готовы к полномасштабному запуску интернет-аптеки и можем полноценно выйти в онлайн-пространство по мере вступления в силу изменений в нормативно-правовой базе и снятия ограничений на онлайн-торговлю аптек.

Безусловно, нам бы хотелось, чтобы интернет-аптека стала полноценным каналом продаж. В этом отношении современные IT-технологии и маркетинг предлагают большой выбор инструментов оптимизации бизнес-процессов и повышения доходности аптеки.

Компания «Эркафарм» успешно сотрудничает с основными отраслевыми сайтами-агрегаторами. По бренду «Доктор Столетов» – только в Московском регионе и исключительно в категории дорогостоящих или редких товаров, по бренду «Озерки» – в полном объеме. Покупатель голосует рублем, сравнивая цены аптечных сетей, и мы видим устойчивый спрос на наши предложения.

В условиях высокой конкуренции и снижения покупательской способности в целом поиск новых возможностей и форматов работы с покупателями выходит на первый план. Поэтому с уверенностью могу сказать, что все реализованные коммуникационные технологии в аптечных сетях «Доктор Столетов» и «Озерки» эффективны и являются драйверами развития сети.

НАДО ЧЕТКО РАЗДЕЛЯТЬ АПТЕЧНЫЙ ТОВАР И ИНФОРМАЦИЮ О НЕМ

Лактионов Алексей

Генеральный директор ООО «АСофт XXI», разработчик AptekaMos.ru



IT-индустрия предлагает фармацевтическому рынку те же технологии, что и другим сегментам рынка. Практически все, что можно было автоматизировать и «засунуть в компьютер», в той или иной степени сделано практически в каждой аптеке. Времена, когда надо было заниматься ликбезом в области информационных технологий, тоже остались в далеком прошлом.

Крупные аптечные сети располагают собственными IT-отделами, у них внедрен централизованный учет движения медикаментов от закупки до розничной реализации.

Большое внимание аптеки уделяют тому, как они представлены в Интернете.

Тем не менее, основной проблемой сегодня я бы назвал слишком поверхностное отношение новой волны «айтишников», пришедших за последние 5–7 лет в отрасль, к предметной области – фармации. Очень мало тех, кто понимает, с чем имеет дело. Ведь лекарственные средства и изделия медицинского назначения очень специфичный товар, которым невозможно эффективно оперировать, не зная его особенности и не изучив предметную область.

Я приверженец «старой школы» в программировании: чтобы создать действительно полезный программный продукт, необходимо по возможности максимально изучить предметную область. Получить второе образование – это идеально, но не всегда реально. Именно поэтому в нашей компании на протяжении всех 15 лет ее существования бок о бок работают прикладные программисты и провизоры. На мой взгляд, только в таком тандеме можно надеяться на появление

действительно успешных IT-продуктов в области фармации.

Другой проблемой, особенно в больших аптечных сетях, я считаю чрезмерное увлечение IT-составляющей бизнеса. Это когда IT-направление уже становится частью аптечного бизнеса, развиваемой самой аптечной сетью, т.е. приводит к созданию сетью собственных IT-продуктов, их продвижению, поддержке и т.д. Все это – непрофильные затраты, и напоминает мне завод эпохи Союза, при котором были и детский сад, и пионерский лагерь, и собственный жилфонд, финансовым бременем лежавшие на основном производстве и снижающие в конечном итоге прибыльность завода и зарплату сотрудников. Но тогда прибыль уходила государству, а сейчас она своя. Убежден, в конечном итоге такой подход негативно сказывается на основном – аптечном бизнесе. Каждый должен заниматься своим делом, издержек будет меньше, а толку больше.

Нашему фармацевтическому рынку не достает четкого понимания необходимости разделения аптечного товара и информации о нем, только в этом случае информация в сети будет достоверной и неотфильтрованной и станет привлекательной для конечного потребителя. Кроме того, эта позиция – основа нашего бизнеса.

На ближайшую перспективу я прогнозирую расширение – и количественное, и качественное – интернет-составляющей любого, в частности, аптечного бизнеса. Это общий тренд, и фармацевтический рынок здесь вряд ли станет исключением. Другой вопрос, что специфику отрасли никто не отменял, и как конкретно данная тенденция реализуется, во многом будет зависеть от законодательной базы.

Оснащение современных аптек в целом соответствует общему уровню развития информационных технологий и средств коммуникации в нашей стране. Другой вопрос, что использование этих широких возможностей принципиально мало чем отличается от того, что было 10 и даже 20 лет назад. Я имею в виду, что не появилось сколько-нибудь принципиально новых направлений или разделов работы аптек, которые бы подверглись автоматизации.

Последнее веяние, которое можно действительно считать революционным, или, по крайней мере, качественно иным – это внедрение электронного документооборота, замена бумажных актов и счетов-фактур на их электронные аналоги. Это одно из тех решений Правительства РФ, которое действительно должно принести, на мой взгляд, существенное упрощение и сокращение затрат на ведение бизнеса. Наша компания только летом начала достаточно активно использовать ЭДО в своей практической работе, но уже почти половина всех наших клиентов перешла на данную форму взаимодействия, и я прогнозирую, что в течение 2017 г. «все там будем».

Строить прогнозы относительно разрешения на дистанционную торговлю лекарствами я не буду. Это решение, на мой взгляд, существенно повлияет на весь рынок аптечных продаж и, видимо, усложнит его. Печально, что принятие закона проходит без широкого обсуждения с фармацевтической и IT ответственностью.

Скорее всего, в ожидаемом законе будут установлены необходимые условия для дистанционной торговли лекарствами и внесены изменения в правила и условия выдачи лицензий на фармацевтическую деятельность. На мой взгляд, если аптека имеет торговый зал, то она должна автоматически получать право и на доставку медикаментов населению. Фактически, это происходит каждый день в массовом масштабе. Строго говоря, ни один действительно больной человек лично в аптеку и не приходит. Он просто не в состоянии это

сделать в силу того, что болеет. Инвалиды, люди с ограниченными возможностями в передвижении, одинокие, просто пожилые люди, матери с маленькими детьми так или иначе не могут воспользоваться «дистанционной торговлей». С другой стороны, если у вас есть личный секретарь, то вы тоже клиент данной услуги. Поэтому проблема, на мой взгляд, «высосана из пальца». Существующей законодательной базы вполне достаточно для регулирования доставки лекарств. Лицензирующим органам надо просто более широко и предметно пользоваться правом отзыва лицензий у недобросовестных компаний.

Мы, например, при заключении договоров не только просим предоставить копию лицензии, которую обязательно проверяем на валидность, но и, в особых случаях, при поступлении жалоб от населения, выезжаем на место и убеждаемся в том, что аптека реально существует по указанному адресу и там действительно можно приобрести то, что опубликовано на нашем сайте AptekaMos.ru

Очевидно, что это не наша функция – контролировать, есть ли аптека на самом деле по физическому адресу и каков в ней ассортимент товаров. Но пользователи пишут нам, и мы обязательно реагируем на все поступающие жалобы, как по наличию и недостоверным ценам на лекарства, так и на грубость со стороны работников первого стола.

Все поступающие жалобы, как я уже сказал, обрабатываются, и по ним принимаются меры в рамках нашей компетентности и условий договора. Недостоверные цены или отсутствующие препараты включаются в «черные списки», которые не показываются на сайте AptekaMos.ru и в наших мобильных приложениях для iOS и Android. Убираем оттуда позиции только после обращения аптеки. Все жалобы передаются в аптеки для принятия ими мер. Проще говоря, мы пытаемся честно выполнять свою функцию информационного посредника между населением и аптеками. Полагаю, такая наша работа с конечным потребителем

полезна самим аптекам, которым важно быть в курсе мнения населения о себе.

Надо сказать, что когда мы только начинали данную работу лет семь назад, то обратная реакция аптек зачастую была негативной – аптеки считали, что мы только их «грузим» ненужными проблемами и мешаем работать. Со временем отношение аптек изменилось, стало более адекватным. Мне

кажется, они поняли, что у нас нет задачи их «дергать» – **мы помогаем им выстраивать бизнес**, осуществляем «общественный контроль» за их работой силами наших пользователей и провизоров. Качественная обратная связь с клиентом – основа успешного бизнеса. Без нее невозможно долго оставаться на плаву, а тем более лидировать в своей сфере.



ВСЕ ОГРАНИЧЕНИЯ ФАРМ-РЫНКА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПЕРЕНЕСЕНЫ В ОНЛАЙН

Пресс-служба Ассоциации компаний интернет-торговли

В «дорожной карте» Минздрава по телемедицине подгруппы «Интернет + торговля» обозначены базовые принципы работы будущего закона, который упорядочит продажу лекарств дистанционным способом.

В соответствующем разделе «дорожной карты», посвященном легализации дистанционной торговли лекарственными препаратами и алкогольной продукцией, говорится, что, по данным DSM Group, объем розничного сегмента фармацевтического рынка России в 2015 г. составил в ценах конечного потребления 936 млрд руб. (с учетом 195 млрд руб. в сегменте парафармацевтики).

В настоящий момент объем дистанционной торговли лекарственными препаратами корректно оценить невозможно. Оценка по косвенным признакам (количество запросов на покупку лекарственных препаратов в поисковиках, результаты опросов потребителей) дает показатели на уровне 5–8% розничного рынка (45–75 млрд руб.).

Де-юре дистанционная торговля лекарственными препаратами не допускается, за

исключением категорий согласно Федеральному закону РФ от 15.01.93 №4301-1 «О статусе Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации и полных кавалеров ордена Славы» (статья 4).

Запрет дистанционной торговли лекарственными препаратами установлен указом Президента РФ от 22.02.92 №179 «О видах продукции (работ, услуг) и отходов производства, свободная реализация которых запрещена» и Федеральным законом РФ от 07.02.92 №2300-1 «О защите прав потребителей» (статья 26.1).

Возможность реализации лекарственных препаратов через Интернет позволит удовлетворить существующий спрос населения на приобретение лекарств и увеличит обеспеченность населения медикаментами в труднодоступных местах.

Планом мероприятий «дорожной карты» предусмотрена разработка конкретных предложений по легализации дистанционной торговли лекарственными препаратами с учетом требований действующего

законодательства, а также международно-го опыта и стандартов, и последующая подготовка пакета проектов соответствующих нормативных правовых актов.

Отметим, что в работе над документом были учтены замечания Минэкономразвития России и Минпромторга России по организации процедуры дистанционной торговли.

В АКИТ мы ориентируемся на то, что законопроект будет рассмотрен в рамках весенней сессии (2017 г.) в Госдуме РФ.

Препятствия при принятии законопроекта возникнуть, безусловно, могут. И они могут быть связаны с непониманием всех тонкостей и деталей функционирования интернет-аптек, а также достаточности их регулирования. Как известно, на сегодняшний день фармацевтический бизнес – один из самых серьезно регулируемых. При этом мы считаем, что все правила и ограничения должны быть перенесены в онлайн.

ЛЕГАЛИЗАЦИЯ ПРОДАЖИ ЛЕКАРСТВ ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ ЗАКОНОМЕРНА

Шуляк Сергей

Генеральный директор компании DSM Group



Продажи лекарств в аптеках в 2015 г. показали объем 741 млрд руб. При этом объемы продаж лекарственных препаратов через Интернет не превышают 7 млрд руб.

Сервисы онлайн-заказа в Интернете на аптечном рынке набирают популярность, и таким образом сами аптеки увеличивают объемы продаж. Во многом это стало возможным благодаря тому, что современный покупатель часто уже не готов обзванивать аптеки в поисках необходимого препарата, ему намного удобнее просто зайти на сайт аптечной сети или аптеки и сделать заказ там.

С другой стороны, пока доля интернет-продаж лекарств не так велика и, даже если интернет-торговлю лекарствами полностью легализуют, спрос вырастет не сразу. Люди сначала должны привыкнуть к таким сервисам, т.к. они пока еще привыкли ходить в одни и те же аптеки и общаться с провизором. Кроме того, лекарство – это продукт вынужденной необходимости. Это не телевизор или стиральная машина, когда человек может сидеть в Интернете и тщательно выбирать. Часто лекарство нужно прямо сейчас, в этом случае быстрее сходить в аптеку в соседнем доме. Сама легализация продажи лекарств через Интернет – закономерный шаг, т.к. услуга востребована.

КЛАССИЧЕСКИЙ РОЗНИЧНЫЙ ФАРМА-РЫНОК И IT – МИРОВАЯ ТЕНДЕНЦИЯ

Константинов Александр

Генеральный директор IT-сервиса компании ONDOC



Современные IT-технологии могут дать возможность аптекам оперативно принимать заказы. Например, электронные рецепты, которые предусмотрены в «дорожной карте» Минздрава по телемедицине, повысят скорость и ответственность при продаже рецептурных лекарственных средств. Упростится процесс получения серьезных препаратов, например, сильнодействующих или наркотических средств онкобольными, при условии, что получение препарата, зафиксированного в единой системе, заменит процесс получения большей части справок. Это большой шаг, он поможет развивать телемедицину и применять современные технологии в фармацевтической отрасли.

Уже сейчас можно использовать раздел «Лекарства» в сервисе ONDOC. Курс лечения, который автоматически пришел пациенту после посещения кабинета врача (если речь идет о нерцеписурных препаратах), можно показать провизору в аптеке со смартфона, прочитать самому или вбить при формировании онлайн-заказа на специальных сервисах дистрибуторов. Это защитит пациента от ошибки при неправильном прочтении.

Наиболее перспективным трендом считаю присоединение классического розничного фармацевтического рынка к IT: электронные рецепты, возможность отслеживать дальнейшее применение продукта фармацевтическими компаниями (например, статистику назначений или побочные

действия). Это все удобно, выгодно, это мировая тенденция.

Производство препаратов и контроль за приемом лекарств – те области, в которых специалисты работают с большими данными и в которых есть человеческий фактор, – они должны быть информатизированы. Российский IT-сервис ONDOC подготовил для фармацевтических компаний платформу, которая автоматически собирает результаты о приеме препаратов и формирует отчеты по ним.

Если говорить об онлайн-продаже лекарств, это удобная возможность, но, увы, из-за высокого уровня фальсификации, заказывая лекарства через Интернет, забирать их придется все равно в аптеке. Если рынок онлайн-аптек разовьется, это будет бизнес другого формата, не традиционных аптек.

Доставка лекарств – очень важная функция для родителей маленьких детей, инвалидов, стационарных больных. В Институте Развития Интернета говорят об исследовании, которое показало, что дистанционная торговля может снизить цены на все лекарства минимум на 30%.

Не только доставка лекарств, но и «порционная» забота о потребителе, – перспективное направление (при должном регулировании). Сейчас в России нельзя доставать таблетки из пачки и реализовывать их по отдельности. Но в США, например, есть стартап по доставке медикаментов на дом, лекарства порционно складываются в упаковку, на которой пишется состав и время приема.

ВЫИГРАЮТ И ПРОДАВЦЫ, И ПОТРЕБИТЕЛИ

Подолинский Антон

Руководитель направления по работе с промышленными клиентами компании «Яндекс.Маркет»

Дискуссия, которая идет в последнее время вокруг темы разрешения торговать лекарствами онлайн, дает нам основания ожидать некоторых изменений в законодательстве. Мы надеемся, что вопрос с дистанционной торговлей лекарственными препаратами будет решен в положительную сторону. От этого выиграют как продавцы, так и покупатели. Аптеки, как и раньше, должны будут при необходимости предоставлять все подтверждающие лицензии и сертификаты.

Судить о востребованности услуги заказа препаратов по Интернету можно по следующим данным: количество запросов, связанных с бронированием лекарств, год от года растет в среднем на 50%. Например, фразу «интернет-аптека» в сентябре 2016 г. вводили почти 500 тыс. раз, и это на 80% больше, чем в прошлом году.

С выходом в онлайн аптека всегда получает дополнительных клиентов, как оформивших заказ онлайн, так и пришедших в оффлайн-аптеку после ознакомления с информацией о цене и наличии на сайте.

Компания «Яндекс.Маркет» готова рассматривать различные варианты сотрудничества на рынке онлайн-продаж лекарств, в т.ч. и с сайтами-агрегаторами. Цели поглощения у нас нет, напротив, нам интересно развивать собственный продукт.

Основная возможность, которую смогут получить аптеки в сети от использования современных коммуникационных технологий, – это, прежде всего, информирование потенциальных клиентов о наличии лекарственных препаратов, их цене, условиях обслуживания.



В АПТЕКИ ПРЕСНИ – «ПРИШЕЛ, УВИДЕЛ И КУПИЛ!»

История Пресненского района представляет интерес не только для коренных жителей, но и для следопытов, увлекающихся стариной. По одной из версий название району дала небольшая (протяженностью 2,5 км) речка Пресня, берущая начало в Бутырках. Однако часть историков придерживается иного мнения. Слово Пресня – видоизмененное «приездня». В XVII–XIX вв., в годы княжеского правления, сюда приезжали гости из Новгорода, Смоленска, немцы, свейские, т.е. шведские люди. Им не давали места для стоянки, пока они не получают разрешение на въезд от великого князя и духовенства. С историей района связаны имена великих наших соотечественников: основоположников педиатрии Егора Арсеньевича Покровского, Георгия Несторовича Сперанского, Нила Федоровича Филатова, его племянника, знаменитого офтальмолога Владимира Петровича Филатова, известного мецената, князя Александра Алексеевича Щербатова, основателя Софийской детской больницы.

Исследовано 33 аптечных предприятия:

АС «36,6»: ООО «Аптека-А.В.Е.» – аптека №4 (ул. 1905 года, д. 9), аптека №481 (Пресненская наб., д. 10), аптека №1407 (Тишинская пл., д. 6, стр. 1), АП №539 (Звенигородское ш., д. 3А, стр. 1), АП №909 (ул. Красная Пресня, д. 13), АП №1140 (ул. Красная Пресня, д. 6/2, стр. 1), АП №986 (ул. Красная Пресня, д. 30, стр. 1), АП №933 (Пресненская наб., д. 2), АП №535 (Пресненская наб., д. 8, стр. 1), АП №239 (Тишинская пл., д. 1);

АС «36,6» ООО «Фармаси»: АП №1348 (ул. 1905 года, д. 9, стр. 1), АП №917 (Новинский бульв., д. 31);

АС «Горздрав» ООО «Аптека-А.В.Е.»: АП №533 (ул. Пресненский Вал, д. 3, стр. 1), АП №187 (Пресненская наб., д. 2), АП №93 (ул. Большая Грузинская, д. 62);

аптеки ООО «Самсон-Фарма»: на Шмитовском пр-де, д. 16, стр. 2 и на ул. Малой Грузинской, д. 3–9;

АС «Аптеки Столички» ООО «Нео-Фарм»: аптека №91 (ул. Мантулинская, д. 2, стр. 1), аптека №311 (ул. Заморенова, д. 41), АП №85 (ул. 2-я Брестская, д. 43);

АС «Планета здоровья»: аптека ООО «Группа Торро» (Пресненская наб., д. 2), АП ООО «Парацельс» (ул. Трехгорный Вал, д. 18), АП ООО «Парацельс» (ул. Пресненский Вал, д. 4/29);

аптека №7 АС «Аптеки столицы» (Шмитовский пр-д, д. 13), аптека ООО «Медуница» (ул. Пресненский Вал, д. 8, к. 1);

ЗАО «Эркафарм»: АП №1225 АС «Будь здоров» (ул. Красная Пресня, д. 23), АП №51 АС «Доктор Столетов» (Шмитовский пр-д, д. 17);

АП №1141 ООО «Ригла» (Шмитовский пр-д, д. 19), АП «Пресненский» ООО «Маяк-1» (ул. Малая Грузинская, д. 12), АП «Семейный доктор» ООО «А5» (ул. Баррикадная, д. 19), АП ООО «Флория Диабет» (2-й Красногвардейский пр-д, д. 6, стр. 1), АП ООО «Шанс» (Шелепихинская наб., д. 20), АП ООО «ФЦ «Кредо» (ул. Зоологическая, д. 15, ДГКБ им. Н.Ф. Филатова).

В исследовании приняли участие 274 человека, в т.ч. 169 женщин и 105 мужчин, из них: людей молодого возраста (15–28 лет) – 31%, людей среднего возраста (28–55 лет) – 44%, людей пожилого возраста (старше 55 лет) – 25%. Больше половины респондентов не являются местными жителями (181 человек), но убеждены, что их мнение вполне актуально.

ФАКТОР УСПЕХА аптечных предприятий

МЕСТОРАСПОЛОЖЕНИЕ

Важно для 113 человек.

В Пресненском р-не столицы много различных достопримечательностей: музеи, шесть театров, концертный зал и двадцать (!) храмов. Аптечных предприятий в районе также хватает, чем вполне довольны как местные жители, так и клерки многочисленных компаний, чьи офисы находятся здесь. Как пошутила пенсионерка Елизавета Федоровна: *«У нас в районе проживают, наверное, большие любители лечиться и молиться».*

Распределены аптечные предприятия по району неравномерно, что вызывает законное недовольство местных жителей. *«Мне с Рочдельской приходится ходить на Мантулинскую ул., расстояние приличное, – жалуется Вера Николаевна, пенсионерка. – Неужели поближе не могли аптеку открыть?»*

Недовольство жителей можно понять, но как исправить создавшееся положение? В южной части района аптечные предприятия работают в торгово-выставочных комплексах, разобраться в их топографии порой не под силу и работоспособному человеку, что и говорить о людях без изрядной доли сноровки. Аптечная сеть «36,6» оккупировала помещения в зданиях по ул. Красная Пресня (3) и в тех самых комплексах на Пресненской наб. (3), где им и конкретно аптечному пункту №933 составляют конкуренцию еще два предприятия – аптечных сетей «Горздрав» (АП №187) и «Планеты здоровья» (аптека ООО «Группа Торро») по адресу: Пресненская наб., д. 2.

В соседних домах по Шмитовскому пр-ду вступили в конкуренцию за покупателя два аптечных предприятия: АП №1141 ООО «Ригла» (д. 19) и АП №51 АС «Доктор Столетов» (д. 17); работают на Шмитовском пр-де и еще два предприятия, но проезд заканчивается и дальше тишина, т.е. больше всего не повезло жителям микрорайона Шелепиха.

Там аптеки закрылись одна за другой, работает только один аптечный пункт ООО

«Шанс» – в гастрономе «На Шелепихе» по адресу: Шелепихинская наб., д. 20.

«Больше всего не устраивает внезапное закрытие аптек. В нашем районе таких фактов хватает. По Шелепихинскому ш., д. 17 среди жилого квартала закрылась аптека, на ул. Трехгорный Вал, д. 24 – та же история. Еще можно оправдать, если аптека или аптечный пункт закрываются временно, на ремонт, вот как на ул. Заморонова в д. 27, в нашей районной поликлинике. Обещают к новому году открыть. А как быть, если всей душой привык к аптеке, и выбора-то особенного нет. Что делать?» – задается вопросом многодетная мать Елена Денисенко.

АССОРТИМЕНТ

Важно для 163 человек.

Почти во всех аптечных предприятиях выбор товара отличается качеством и разнообразием. Кроме лекарственных препаратов безрецептурного и рецептурного отпуска, представлены медтехника, средства ортопедии, медицинские изделия, витамины, БАД, гомеопатия, средства ухода за малышом, лечебная косметика. Каждое аптечное предприятие имеет своих почитателей из числа местных жителей именно благодаря обширному ассортименту. А многочисленная армия офисных работников тем более рада, что можно после, как правило, ненормированного рабочего дня по пути зайти в ближайшую аптеку и приобрести все необходимое. *«Я хожу в аптеку на Красной Пресне, д. 13 уже 11 лет, здесь мне нравится возможность затовариться по полной, от всяких мелочей, вроде «аптечки путешественника», до серьезных препаратов при простудных заболеваниях»,* – похвалился недавно ставший пенсионером Алексей Сергеевич.

Каждое аптечное предприятие готово расширить свой ассортимент, если появляется спрос, и в случае необходимости выполнить заказ по требованию потенциальных покупателей в течение 1–2 дней. Это касается, в первую очередь, дорогостоящих рецептурных препаратов.

ЦЕНА**Важна для 143 человек.**

Цены в аптечных предприятиях района сильно разнятся. «Пенсионеры к нам не ходят», – подытожила фармацевт из АП №933 АС «36,6». Это и понятно, все-таки торгово-развлекательный комплекс «Афимолл Сити»! Дорогие аптечные предприятия находятся, как правило, в крупных торговых комплексах, имеют привлекательный дизайн, оплата «удобств которого» входит в стоимость лекарственных средств. «Обиднее всего

покупать копеечный анальгин или уголь активированный с большой наценкой. А ведь может и не быть доступных препаратов вообще», – сокрушается мама инвалида-колясочника Наталья Федоровна.

Самыми приемлемыми по стоимости лекарственных препаратов можно считать аптечные предприятия сети «Аптеки Столички», которые ООО «Нео-Фарм» равномерно распределило по району: в южной – АП №311, в северной – АП №85 и в центральной части района – АП №91.

Табл. Сравнительная цена на ЛП

Наименование аптечного предприятия	Цена на ЛП, руб.	
	Карсил 35 мг №80, руб.	Кагоцел 12 мг №10, руб.
АП №535 АС «36,6»	584-00	300-60
аптека №481 АС «36,6»	562-00	318-00
аптека №4 АС «36,6»	560-00	300-00
АП «Семейный доктор»	520-00	299-30
АП №51 АС «Доктор Столетов»	495-00	266-20
АП №986 АС «36,6»	472-00	301-00
АП №1141 ООО «Ригла»	441-00	287-00
АП №7 АС «Аптеки столицы»	418-00	252-70
АП ООО «Флория Диабет»	399-00	269-00
АП «Планета здоровья» ООО «Группа Торро»	370-00	272-00
АП №533 АС «Горздрав»	344-00	252-00
АП «Планета здоровья» ООО «Парацельс»	343-00	258-00
АП Пресненский ООО «Маяк-1»	335-00	229-00
АП №85 АС «Аптеки Столички»	305-00	198-00

СКИДКИ

Важны для 92 человек.

Многие аптеки ради привлечения новых покупателей проводят многочисленные распродажи, акции: «Товар месяца», «Стоп-цена».

Своим мнением поделилась студентка экономического колледжа Алина М.: «Скидки ощутимы, если вы активно пользуетесь дисконтной картой. В том случае, если покупки ваши в конкретной аптеке носят эпизодический характер, от очередного приобретения подешевле выигрывают только крупные сети, т.к. все эти финансовые послабления уже заложены в цену препарата. А вообще, лучше не болеть».

Самая распространенная, конечно, «Социальная карта москвича» (СКМ), скидки по которой составляют 3–5%. Не предоставляют скидки по СКМ «Аптеки Столички» и «Горздрав», позиционирующие себя как «аптеки низких цен».

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ РАБОТНИКОВ АПТЕКИ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

Важны для 186 человек.

Согласно опросам респондентов, никто из них не представляет себе, чтобы фармацевты работали без желания помочь. «Ведь мы для них не простые покупатели, а люди, оказавшиеся в тяжелой жизненной ситуации, когда лекарство может быть последней надеждой на пути к выздоровлению», – рассказала мама тяжелобольного ребенка Лариса М.

Среди сотрудников аптечных предприятий мало случайных людей, респонденты отмечали профессионализм и доброжелательность работников первого стола.

Артериальное давление можно измерить в аптеке сети «Планета здоровья» и АП №187 АС «Горздрав» – в «Афимолл Сити», в АП «Семейный доктор», только в двух АП сети «36,6».

АП №187 АС «Горздрав» в «Афимолл Сити» имеет отдельный отдел ортопедии и отдел оптики, в которых есть консультант.

«Чтобы работать в аптеке, надо иметь большое терпение. Кто-то из нас не может порой правильно объяснить, что ему

требуется, другой не в настроении, а фармацевт умеет прощать человеческие слабости, вот, как например, специалист по ортопедии, который работает в «Горздраве» в «Афимолл Сити». Почти полчаса она рассказывала о достоинствах разных видов стелек, сканировала мне стопу и, наконец, подобрала мне. Дорого, правда, три с лишним тысячи, но, имея больные ноги, мучаешься, когда приходится экономить на удобстве», – с благодарностью отмечает инвалид II группы Ольга Михайловна.

Терминалам нашлось место в аптечных предприятиях крупных аптечных сетей, там же есть возможность расплатиться за покупку банковской картой.

ИНТЕРЬЕР

Важен для 41 человека.

Изысками сейчас мало кого удивишь. В престижном районе, где офисных зданий, пожалуй, не меньше, чем жилого сектора, посетители аптек в последнюю очередь обращают внимание на удобство расположения витрин, наличие мест для отдыха.

Предприятия известных аптечных сетей имеют просторные торговые залы, оформленные в едином стиле, когда по дизайну и цветовому решению можно сразу узнать бренд сети; в единичных аптеках и аптечных пунктах главное, чтобы была правильная выкладка, все чисто и в порядке с точки зрения гигиены и санитарных норм.

В 19 аптечных предприятиях нет пандуса, и, судя по разговору с фармацевтами, удобство для людей с ограниченными возможностями вряд ли будет обозначено в ближайшее время.

ГРАФИК РАБОТЫ

Важен для 78 человек.

В районе много аптечных предприятий работают круглосуточно – 3 аптеки и 6 АП! Большинство аптек и АП выбрали для себя оптимальный режим работы с 8:30 (плюс/минус 30 мин.) до 21:30 (плюс/минус 30 мин.). В выходные дни большинство аптечных

предприятий имеют сокращенный график работы, либо вовсе не работают. Исключение – АП ООО «Шанс» в гастрономе «На

Шелепихе», там фармацевты готовы помочь местному населению с открытия магазина и до его закрытия, с 7:00 до 23:30.

РЕЙТИНГ ФАКТОРОВ УСПЕХА

Место	Фактор	Кол-во набранных голосов
1.	Профессионализм и доброжелательность работников аптеки, дополнительные услуги	186
2.	Ассортимент	163
3.	Цена	148
4.	Месторасположение	113
5.	Скидки	92
6.	График работы	78
7.	Интерьер	41

РЕЙТИНГ ПОПУЛЯРНОСТИ аптечных предприятий

АП №1225 АС «Будь здоров» **3**

Небольшой аптечный пункт не сразу же и заметишь на фоне продуктового изобилия гипермаркета «Билла», в малом закутке которого он находится. Несмотря на отсутствие указателей на витрине, хаотично выложенный товар АП пользуется вниманием покупателей вполне заслуженно благодаря внимательному и любезному фармацевту. Отдельные сопутствующие товары (зубная паста, тампоны) реализуются со скидкой 20–30%.

АП ООО «ФЦ «Кредо» (в ДГКБ им Н.Ф. Филатова) **3**

Сменивший свое месторасположение (в октябре переехал с Садово-Кудринской ул.), этот аптечный пункт не сразу и разглядишь среди множества больничных корпусов. Маленькое аптечное помещение в корп. 12, видимо, плохо приспособлено к целям реализации

ЛП, часть коробок стоит прямо на полу, в собственном помещении. Встречает посетителей аптечного пункта сотрудница без спецодежды, создается впечатление, что она случайно проходила мимо и еще не со всем знакома. Ассортимент – ниже среднего, покупателей постоянных не имеет. Возможно, это временное явление, все-таки переезд – хлопотное дело, пока не до мерчандайзинга.

Часы его работы зависят от графика посещений самой больницы: с 9:00 до 18:00 по будним дням, сб., воскр. – выходные.

АП №1348 АС «36,6» ООО «Фармаси» **6**

Месторасположение аптечного пункта, со слов фармацевта, хорошо известно сотрудникам офисных центров, расположенных неподалеку.

«Мы друг друга в лицо уже знаем. В случае отсутствия нужного препарата мне заказуют, на следующий день приходят, забирают. Наша визитная карточка – вежливость и предупредительность», – поделилась своим опытом дежурная фармацевт.

АП АС «Планета здоровья»**ООО «Парацельс» (Трехгорный Вал, д. 18) 6**

Яркая вывеска аптечного пункта обращает на себя внимание гуляющих в парке Декабрьского восстания. Ассортимент лекарственных средств небольшой, но пополняется ежедневно. Привлекают покупателей, в первую очередь, невысокие цены, возможность заказа и бронирования ЛП, а вот об удобстве не подумали. *«Давно просим наш головной офис поставить пандус по многочисленным пожеланиям посетителей, пока безрезультатно»*, – призналась занятая фармацевт.

Аптека ООО «Медуница» 6

Аптека занимает маленькое помещение, но респонденты отмечали ее удачное месторасположение, Тот факт, что выбор в ассортименте не богат, не отталкивает клиентов, «все самое необходимое есть». Здесь всегда высокая проходимость, даже приходится постоять в очереди. *«У нас низкие цены на лекарства и большой выбор БАД»*, – объяснила одна из двух занятых обслуживанием покупателей фармацевтов.

**Аптека №311 «Аптеки Столички»
ООО «Нео-Фарм» 6**

Эта аптека невысоких цен соседствует с медицинской лабораторией «Гемотест». Форма торговли закрытая, в случае необходимости работают две кассы. Фармацевты очень терпеливо относятся к пожеланиям покупателей, из которых некоторые достаточно привередливые. К их услугам кожаные кресла для отдыха.

**3 аптечных предприятия АС 36,6
ООО «Аптека-А.В.Е.» 6**

(расположены в Москва-Сити)

Аптека №481 занимает небольшое помещение в Деловом центре, по периметру установлены витрины; в ассортименте только самое необходимое, для посещающих центр. Со слов фармацевта, последние два месяца пользуются популярностью распродажи витаминов, средств гигиены со скидкой 20–50%. График работы: с пн. по пт. – с 8:30 до 20:30.

АП №535 расположен в ТК «Город Сити», используется формат открытой и закрытой торговли, телевизионная панель помогает ориентироваться в многообразии представленного ассортимента. Огорчает респондентов отсутствие места для отдыха. *«В таком большом зале могли бы и найти место для стула или банкетки»*, – сетовали они.

График работы: с пн. по пт. – с 8:00 до 21:00. **АП №933** занимает большой зал в ТРК «Афимолл Сити», используется формат открытой и закрытой торговли. В посетителях, в основном, работники самого ТРЦ и соседнего ЦМТ, офисные клерки, которые отмечали, что хотя цены высокие и персонал подвержен перепадам настроения, но нет времени искать что-то дешевле. График работы: с пн. по чт. и в воскр.– с 8:30 до 22:00, в пт. и сб. – прибавили час, т.е. до 23:00.

АП №1140 АС «36,6» ООО «Аптеки-А.В.Е.» 6

Одно из аптечных предприятий, занимающих помещения на первых этажах домов по ул. Красная Пресня, функционирует неподалеку от ст. м. «Краснопресненская» и Московского зоопарка. АП открылся недавно, но уже имеет постоянных покупателей, которые, отмечая пусть и небогатый ассортимент, отдавали свои голоса вежливым профессионалам-фармацевтам.

**Аптека №1407 АС «36,6»
ООО «Аптека-А.В.Е.» 6**

«Цены там зашкаливают», – так охарактеризовала аптеку местная пенсионерка Марина Владимировна. Цены на лекарственные препараты действительно впечатляют, но на некоторые препараты идет распродажа 20–50%, представителей молодого и среднего поколения они не смущают, главное, что можно купить необходимое по пути к метро. С 10:00 до 20:00 работает отдел «Оптика».

АП №539 АС «36,6» ООО «Аптека-А.В.Е.» 6

Аптечный пункт находится на первом этаже жилого дома в районе ст. м. «Улица 1905 года» по соседству с почтовым отделением.

В большом торговом зале, сплошь уставленном витринами, впечатляет разнообразие ассортимента и отпугивает цена. В отделе оптики консультант подберет всем желающим очки.

АП «Пресненский» ООО «Маяк-1» 6

В аптечный пункт, занимающий помещение на первом этаже жилого дома по Малой Грузинской ул., трудно подниматься по крутым ступеням. Это, конечно, минус. Но в самом торговом зале покупателей встречают зеленые насаждения, выставленные в горшках прямо на пол, и главное – невысокие цены. К услугам покупателей работают две кассы, внимательные фармацевты посоветуют, на чем остановить свой выбор, а выбрать есть из чего – ассортимент разнообразен. В ассортименте большой выбор продукции ортопедии. Для любителей здорового питания оформлена целая витрина.

АП АС «Планета здоровья» ООО «Парацельс» (на Пресненском Валу) 6

Аптечный пункт находится рядом с салоном ортопедии сети «ОРТЕКА». В небольшом торговом помещении в витринах нет указателей, но посетители не сетуют, обращаются с вопросами к фармацевту по наличию ЛП. В центральной витрине бросается в глаза предупреждение: «С 1 июня скидки по дисконтным картам предоставляются только с 8:00 до 22:00 часов». Дисконтная карта выдается при покупке на сумму от 500 руб. Радует, что для уставших посетителей имеется уголок для отдыха.

АП №91 «Аптеки Столички» ООО «Нео-Фарм» 6

Маленький аптечный пункт работает в доме на пересечении ул. 1905 года и Мантулинской по соседству с «Магазином бильярда». При входе – банкомат Московского кредитного банка. Ассортимент заурядный, но по низким ценам, что отмечали, в первую очередь, местные жители, как и тот факт, что здесь думают о них, – установлены две банкетки для отдыха уставших посетителей.

АП №917 АС «36,6» ООО «Фармаци» 6

Найти аптечный пункт в огромном торговом деловом комплексе «Новинский пассаж» непросто, но помогают указатели. Праздно гуляющие посетителя заходят приобрести необходимое из аптечного ассортимента, чаще всего это парафармацевтика или косметика. В ноябре скидки на косметику Lierac, витаминно-минеральные комплексы. На лекарственные препараты цены высокие, как и положено для «пассажа», но на отдельные ЛП есть скидка 10–30% по сроку годности.

АП АС «Семейный доктор» ООО «А5» 6

Аптечный пункт, как нетрудно догадаться, функционирует в клинике сети «Семейный доктор», которую в окружении домов еще не сразу и увидишь, и работает, в первую очередь, для пациентов. Заходят сюда и посетители «с улицы»; пусть витрины без указателей, но доброжелательный фармацевт проконсультирует и поможет. На столике есть тонометр для измерения давления.

АП ООО «Флория Диабет» 6

Одинокий аптечный пункт затерялся среди жилых строений, занимая небольшое помещение на первом этаже одной из пятиэтажек. Большинство прохожих не знают о его существовании. Внутри видна попытка создать уют: на полу лежит палас, в витринах вокруг полки с указателями по группам. Со слов фармацевта, специализация АП – эндокринология, одних глюкометров разных брендов 12–15, опытный фармацевт поможет с его выбором. Карта «Флория» дает скидки в 1,5–7%, приобрести ее можно за 100 руб. Осенью цены на отдельные лекарственные средства снижены на 10–15% – распродажа.

АП ООО «Шанс» 7

Аптечный пункт работает в гастрономе «На Шелепихе», он единственный на весь микрорайон. Уже только за это местные жители голосуют за него и за приветливых фармацевтов, готовых прийти на помощь.

В ассортименте только все самое необходимое, о наличии лекарственного препарата

лучше спросить у фармацевта, в случае отсутствия необходимого ЛС можно сделать заказ. Цены на лекарства выше средних по району, но выбора у посетителей нет, главное, что есть такой вот маленький «местный монополист». Еще и с удобным графиком работы – с 7:00 до 23:30.

АП №51 АС «Доктор Столетов» ЗАО «Эркафарм» 7

Аптечный пункт соседствует с кулинарной лавкой, а конкурирует с аптечным пунктом «Ригла», который находится в соседнем доме. Известность пункт получил среди поклонниц ухаживающей косметики из Франции Caudalie, чей консультант ежедневно оказывает услуги по уходу за кожей лица и тела в одном из уголков просторного зала аптеки. Из-за высоких цен на лекарственные препараты малообеспеченные обходят данное предприятие стороной, даже несмотря на разнообразие ассортимента.

АП №1141 ООО «Ригла» 7

Аптечный пункт ведет соперничество с «Доктором Столетовым» за внимание покупателей в круглосуточном режиме. Средний по величине торговый зал плотно заставлен стеллажами, так что если здесь выстроится очередь, то даже две кассы не спасут. Ассортимент обширный, много сопутствующих товаров собственной торговой марки. Рекламируются распродажа и ликвидация товара. Популярны в АП «Дни красоты», когда проводят скидки (минус 20%) на косметические средства известных брендов, а также акции «Стоп-цена», действительные до 31 января 2017 г.

Аптека АС «Планета здоровья» ООО «Группа Торро» 7

Под аптеку отдан зал в ТРЦ «Афимолл Сити». Несмотря на то, что часы ее работы часто меняются, аптечное учреждение имеет своих почитателей. Есть возможность полакомиться биомороженым по цене 50–60 руб., оно охотно раскупается, измерить АД – на столике тонометр. Пользуются

спросом товары с брендом «дешевле аналогичных на 20%». Помогают определиться с выбором товара активные молодые фармацевты.

Аптечные пункты АС «Горздрав» 7

АП №533 обосновался в подвальном помещении «глубоко под землей», пройти в него можно пересекая «Смешные цены». В большом торговом зале работают три кассы при закрытой форме торговли. Цены на богатый ассортимент вполне приемлемы для людей разного достатка. В продаже большой выбор палочек для инвалидов от 885 руб., много другой продукции ортопедии.

АП №93 работает на первом этаже жилого дома. В зале вывешено объявление с предложением сделать покупку на сумму 1000 руб., сохранить чек, который может пригодиться при розыгрыше квартиры каждые три месяца. На лекарственный ассортимент популярны скидки. Цены доступные. Респонденты отмечали доброжелательность фармацевта. При входе – банкомат Московского кредитного банка.

АП №187 – одно из тех предприятий, что в ТРЦ «Афимолл Сити» имеет в своем составе кроме ОГФ отделы ортопедии, оптики, в которых присутствует консультант, определяющий дефект (зрения или мобильности). Для людей, интересующихся уровнем АД, – тонометр.

4 аптечных предприятия АС «36,6» ООО «Аптека-А.В.Е.» 7

Аптека №4 выгодно расположилась практически на выходе из ст. м. «Улица 1905 года», имеет просторный торговый зал, где сочетаются открытая и закрытая формы торговли, привлекает внимание огромная телевизионная панель. Покупатели, в основном сотрудники офисов, охотно приобретают товар, не пугаясь высоких цен. В качестве подспорья многочисленные акции и скидки до 30–60%. При входе – банкоматы Альфа-Банка, Московского кредитного банка.

АП №239 работает в ТВК «Тишинка», предлагая разнообразный ассортимент на любой

вкус, даже на взгляд привередливого покупателя. Работает отдел «Оптика», где со скидкой 50% можно заказать оправу (от 699 до 1499 руб.), линзы и одновременно оплатить работу мастера. Есть и уголок отдыха с тонометром для измерения АД.

При входе – банкоматы Сбербанка, QIWI. **АП №909**, занимающий большое помещение на первом этаже жилого дома, местные жители знают хорошо. Кроме витрин с разнообразным ассортиментом, здесь есть и место для отдыха, и возможность измерить АД (тонометр на столике). При входе – банкомат Московского кредитного банка.

АП №986 находится на центральной улице района – Красная Пресня, по соседству с магазином «Цветы», со слов фармацевта, открылся недавно, поэтому проходимость пока небольшая, несмотря на красоту паркетного пола и паласа на нем. Обширный ассортимент ортопедии, медтехники и мн. др., но цены запредельные.

АП №85 АС «Аптеки Столички» ООО «Нео-Фарм» **7**

Аптечный пункт работает круглосуточно неподалеку от ст. м. «Белорусская-кольцевая». Торговый зал небольшой, но работают три кассы, покупателей здесь много, благодаря внимательному отношению со стороны фармацевтов и доступным ценам на ЛП. По выходным бывает распродажа лечебной косметики. *«Я люблю заботиться о себе, поэтому в свои 67 выгляжу, со слов соседей, гораздо моложе. В этой аптеке покупаю крем и гель антивозрастные. Благодаря акции «Клиентские дни», экономлю до 200 руб.»*, – рекомендацией с нами поделилась одна из посетительниц.

Аптека ООО «Самсон-Фарма» (Шмитовский пр-д, д. 16, стр. 2) **9**

В этой аптеке, что по соседству с адвокатской конторой, все предусмотрено для удобства покупателей: разнообразный ассортимент, включая специализацию «диабет», информационный терминал, биомороженое. Не потеряться в большом разнообразии товара покупателям помогут внимательные квалифицированные фармацевты. При входе – банкомат QIWI.

Аптека ООО «Самсон-Фарма» (ул. Малая Грузинская, д. 3–9) **9**

Аптека занимает помещение на первом этаже жилого дома. За полгода работы хорошо зарекомендовала себя благодаря обширному ассортименту, в т.ч. препаратов для онкобольных, пациентов с диабетом, доброжелательности фармацевтов, удобному интерьеру, с местом отдыха, информационным терминалом, низкими ценами.

Аптека №7 ООО «Аптеки столицы» **10**

Эта аптека – одно из старейших аптечных учреждений района – в 2025 г. отметит свое столетие. Считается аптекой общего профиля, хотя здесь найдут все, что нужно, больные с различными заболеваниями. Практикуется гирудотерапия, стоимость одной пиявки – 75 руб. Цены в аптеке доступные, для сравнения: минеральная вода «Ессентуки» емкостью 1 л – от 32 руб., а в АС «36,6» – 0,5 л стоит 50 руб. В продаже имеется пользующаяся спросом «Аптечка автомобилиста» (327 руб.). Жители Шмитовского пр-да, особенно преклонного возраста, голосовали обеими руками за эту аптеку.

Ольга ДАНЧЕНКО ■



В ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ АПТЕКЕ ВАЖЕН ПОРЯДОК ХРАНЕНИЯ СУБСТАНЦИЙ

Каков порядок хранения и учета субстанций «серебра нитрат» и «дикаин» в производственной аптеке? Ответ – в нормативно-законодательной базе.

Серебра нитрат используется в медицине для прижигания и стерилизации ран и является лекарственным средством, обладающим взрывоопасными свойствами (Перечень огнеопасных и взрывоопасных веществ, Приложение №14.1 к временной инструкции о порядке хранения и обращения в аптечных учреждениях с лекарственными средствами и медицинскими изделиями, обладающими огнеопасными и взрывоопасными свойствами). Кроме того, согласно Списку ядовитых и наркотических лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в учреждениях здравоохранения, содержащемуся в приложении №2 к приказу Минздрава СССР от 03.07.68 №523, серебра нитрат является ядовитым лекарственным средством.

Дикаин – местно-анестезирующее средство для терминальной анестезии, относится к категории ядовитых и сильнодействующих лекарственных средств (письмо Минздрава СССР от 28.02.69 №133-1).

В силу ч. 1 ст. 58 Федерального закона от 12.04.10 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (далее – ФЗ-61), хранение лекарственных средств осуществляется производителями лекарственных средств, организациями оптовой торговли лекарственными средствами, аптечными организациями, ветеринарными аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность или лицензию на медицинскую деятельность, медицинскими организациями, ветеринарными организациями и иными организациями,

осуществляющими обращение лекарственных средств.

Правила хранения лекарственных средств утверждаются соответствующим уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (ч. 2 ст. 58 ФЗ-61). В настоящее время на территории РФ действуют Правила хранения лекарственных средств, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.08.10 №706н (далее – Правила).

Согласно п. 3 Правил в помещениях для хранения лекарственных средств должны поддерживаться определенные температура и влажность воздуха, позволяющие обеспечить хранение лекарственных средств в соответствии с указанными на первичной и вторичной (потребительской) упаковке требованиями производителей лекарственных средств, поэтому помещения должны быть оборудованы кондиционерами и др. оборудованием, позволяющим обеспечить хранение лекарственных средств в соответствии с указанными на первичной и вторичной (потребительской) упаковках требованиями производителей лекарственных средств, либо помещения рекомендуется оборудовать форточками, фрамугами, вторыми решетчатыми дверьми.

В соответствии с п. 8 Правил в помещениях для хранения лекарственных средства размещают в соответствии с требованиями нормативной документации, указанной на упаковке лекарственного препарата, с учетом:

- физико-химических свойств лекарственных средств;

- фармакологических групп (для аптечных и медицинских организаций);
- способа применения (внутреннее, наружное);
- агрегатного состояния фармацевтических субстанций (жидкие, сыпучие, газообразные).

В силу прямого указания п. 14 Правил помещения для хранения лекарственных средств в организациях оптовой торговли лекарственными средствами и у производителей лекарственных средств (далее – складские помещения) разбиваются на отдельные помещения (отсеки) с пределом огнестойкости строительных конструкций не менее 1 часа с целью обеспечения хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств по принципу однородности в соответствии с их физико-химическими, пожароопасными свойствами и характером упаковки.

Необходимое для фасовки и изготовления лекарственных препаратов для медицинского применения на одну рабочую смену количество огнеопасных лекарственных средств допускается содержать в производственных и иных помещениях. Оставшееся количество огнеопасных лекарственных средств по окончании работы в конце смены передается следующей смене или возвращается на место основного хранения.

Складские помещения для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств должны быть оборудованы несгораемыми и устойчивыми стеллажами и поддонами, рассчитанными на соответствующую нагрузку. Стеллажи устанавливаются на расстоянии 0,25 м от пола и стен, ширина стеллажей не должна превышать 1 м и иметь, в случае хранения фармацевтических субстанций, отбортовки не менее 0,25 м. Продольные проходы между стеллажами должны быть не менее 1,35 м.

В аптечных организациях и у индивидуальных предпринимателей выделяются изолированные помещения, оборудуемые средствами автоматической пожарной защиты и сигнализацией, для хранения огнеопасных фармацевтических субстанций и взрывоопасных лекарственных средств.

В аптечных организациях и у индивидуальных предпринимателей допускается хранение фармацевтических субстанций, обладающих легковоспламеняющимися и горючими свойствами, в объеме до 10 кг вне помещений для хранения огнеопасных фармацевтических субстанций и взрывоопасных лекарственных средств во встроенных несгораемых шкафах. Шкафы должны быть удалены от тепловыводящих поверхностей и проходов, с дверьми шириной не менее 0,7 м и высотой не менее 1,2 м. К ним должен быть организован свободный доступ.

Допускается хранение взрывоопасных лекарственных препаратов для медицинского применения (во вторичной (потребительской) упаковке) для использования на одну рабочую смену в металлических шкафах вне помещений для хранения огнеопасных фармацевтических субстанций и взрывоопасных лекарственных средств.

Количество огнеопасных фармацевтических субстанций, допустимое для хранения в помещениях для хранения огнеопасных фармацевтических субстанций и взрывоопасных лекарственных средств, расположенных в зданиях другого назначения, не должно превышать 100 кг в нерасфасованном виде.

Помещения же для хранения огнеопасных фармацевтических субстанций и взрывоопасных лекарственных средств, используемые для хранения легковоспламеняющихся фармацевтических субстанций в количестве свыше 100 кг, должны находиться в отдельно стоящем здании, а само хранение должно осуществляться в стеклянной или металлической таре изолированно от помещений для хранения других групп огнеопасных фармацевтических субстанций.

В помещениях для хранения огнеопасных фармацевтических субстанций и взрывоопасных лекарственных средств запрещается входить с открытыми источниками огня.

Согласно п. 59 Правил при хранении взрывоопасных лекарственных средств (лекарственные средства, обладающие взрывчатыми свойствами (нитроглицерин);

лекарственные средства, обладающие взрывоопасными свойствами (калия перманганат, серебра нитрат)) следует принимать меры против загрязнения их пылью. Емкости с взрывоопасными лекарственными средствами (штангласы, жестяные барабаны, склянки и др.) необходимо плотно закрывать во избежание попадания паров этих средств в воздух. При этом запрещается хранение взрывоопасных лекарственных средств с кислотами и щелочами.

Кроме того, отметим, что согласно п. 2.2 Временной инструкции о порядке хранения и обращения в аптечных учреждениях с лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, обладающими огнеопасными и взрывоопасными свойствами, содержащейся в Приложении №14 к Правилам пожарной безопасности для учреждений здравоохранения ППБО 07-91 (утверждена Минздравом СССР 30.08.91 и Главным управлением пожарной охраны МВД СССР 30.06.91), хранение нитрата серебра в аптеках и на складах в небольших количествах (на складах – до 5 кг, в аптеках – до 50 кг) необходимо осуществлять изолированно в соответствии с правилами хранения ядовитых веществ.

Согласно п. 67 Правил хранения сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств, находящихся под контролем в соответствии с международными правовыми нормами, осуществляется в помещениях, оборудованных инженерными и техническими средствами охраны, аналогичными предусмотренным для хранения наркотических и психотропных лекарственных средств (в этой связи следует обратить внимание на информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 08.02.11 №25-1/10/2-1208).

Допускается хранение в одном технически укрепленном помещении сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств, находящихся под международным контролем, и наркотических и психотропных лекарственных средств.

При этом хранение сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств должно

осуществляться (в зависимости от объема запасов) на разных полках сейфа (металлического шкафа) или в разных сейфах (металлических шкафах).

В соответствии с п. 69 Правил хранения сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств, не находящихся под международным контролем, осуществляется в металлических шкафах, опечатываемых или пломбируемых в конце рабочего дня.

Относительно учета ядовитых лекарственных средств, в т.ч. **серебра нитрата** и **дикаина**, отметим следующее. Согласно ст. 58.1 ФЗ-61 предметно-количественный учет лекарственных средств для медицинского применения ведут производители лекарственных средств, организации оптовой торговли лекарственными средствами, аптечные организации, индивидуальные предприниматели, имеющие лицензию на фармацевтическую деятельность или лицензию на медицинскую деятельность, и медицинские организации, осуществляющие обращение лекарственных средств для медицинского применения, путем регистрации любых связанных с их обращением операций, при которых изменяются их количество и (или) состояние, в специальных журналах учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения.

Согласно п. 4 Правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных журналах, утвержденных приказом Минздрава РФ от 17.06.13 №378н (далее – Приказ), регистрация операций, связанных с обращением лекарственных средств, ведется по каждому торговому наименованию лекарственного средства (для каждой отдельной дозировки и лекарственной формы) на отдельном развернутом листе журнала учета или в отдельном журнале учета на бумажном носителе или в электронном виде.

В соответствии с п. 4 Правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, утвержденных Приказом, журналы учета, заполняемые на бумажном носителе, сброшюровываются, пронумеровываются и скрепляются подписью руководителя юридического лица (индивидуального предпринимателя) и печатью юридического лица (индивидуального предпринимателя) перед началом их ведения. Они оформляются на календарный год.

Поступление лекарственного средства отражается в журнале учета по каждому приходному документу в отдельности с указанием номера и даты. Расход лекарственного средства записывается ежедневно. Аптечные организации и индивидуальные предприниматели, имеющие лицензии на фармацевтическую деятельность, записывают ежедневный расход лекарственного средства с указанием отдельно по рецептам, выписанным медицинским работникам, и по требованиям медицинских организаций.

На последнее число каждого месяца лицо, уполномоченное на ведение и хранение журналов учета, проводит сверку фактического



наличия лекарственных средств с их остатком по журналу учета и вносит соответствующие записи в журнал учета.

Журнал учета хранится в металлическом шкафу (сейфе), ключи от которого находятся у лица, уполномоченного на ведение и хранение журнала учета. Приходные и расходные документы (их копии) подшиваются в порядке их поступления по датам и хранятся вместе с журналом учета. Заполненные журналы учета хранятся в архиве юридического лица (индивидуального предпринимателя).

Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ

Елена ПАРАСОЦКАЯ ■



ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ПРОИЗВОДСТВО ЛЕКАРСТВ: НАЗАД В БУДУЩЕЕ

Подмосковная сеть «Прогресс-Фарма» объединяет 16 аптек, расположенных в нескольких городах по Горьковскому шоссе (трасса М7). «Аптека Салтыковка» – одна из них, но зато какая – имеет производственный отдел! А это сейчас редкость. Ее заведующая Елена Горшенкова рассказала МА, что значит работать в производственной аптеке, кому необходимы индивидуально изготовленные препараты, а также о тонкостях работы с клиентами.



Елена Владимировна, расскажите, пожалуйста, сколько лет Вы в профессии, почему выбрали именно ее?

Я стала подумывать о выборе профессии класса с 9-го. Все началось с того, что факультативом у нас в школе была химия, который вела педагог с большой буквы Людмила Михайловна Плахина. Она, собственно, и подготовила меня к поступлению в Первый ММИ (тогда еще институт) им. М.И. Сеченова. Сразу после окончания института с 1 сентября 1988 г. начались мои трудовые будни в муниципальной аптеке №153 подмосковной Старой Купавны на должности провизора-технолога. Надо сказать, это была типовая аптека с производством, наркотикой, как

говорим мы, провизоры, льготными рецептами, всем тем, что сейчас днем с огнем не сыщешь. Через год меня перевели на должность провизора-аналитика, а через четыре года я заняла должность заведующей производственным отделом. Конечно, работа всегда была сложной, но в то же время интересной. Сложной из-за пристального внимания всевозможных контролирующих органов, а интересной потому, что мы готовили разные лекарственные формы: свечи, микстуры, мази разнообразные, болтушки, глазные капли – все, о чем сейчас помнят только наши старые кадры. С 1996 г. в течение 17 лет была директором этой аптеки, пока новые учредители ее не закрыли.

Вот тогда я и узнала, что такое депрессия. Но горевать долго не умею и практически через месяц устроилась первостольником

на работу в аптеку «Гексал» в г. Железнодорожном, но и ее вскоре закрыли. И только после этого события я устроилась в нынешнюю свою организацию – аптечную сеть «Прогресс-Фарма». Работаю здесь с 1 марта 2014 г. Могу с уверенностью сказать, что оказалась в надежной сети с надежными руководителями. Генеральный директор Василий Купреев вынашивал план организации производственной аптеки еще до моего прихода, т.к. сразу заинтересовался строчкой в моей трудовой книжке о работе провизором-аналитиком. И воплотил идею в жизнь. И даже сделал больше: в аптеке подходит к концу строительство стерильного блока, скоро подадим документы на лицензирование. Так что производственному отделу быть!

Насколько сложно и интересно заниматься руководящую должность?

Работать заведующей аптекой всегда было сложно, хотя в разные времена по-разному. Когда я была руководителем муниципальной самостоятельной аптеки, приходилось быть всем: и слесарем, и дворником (снег с крыши счищать), и машины искать для поездки по складам, и с администрацией района контактировать по самым разным вопросам. Известно, что 80% успеха любого мероприятия зависит от качества управления. Но мне приходилось заниматься чем угодно, кроме управления. Теперь, конечно, в этом плане гораздо легче. Сейчас в нашей сети идет оптимизация работы заведующих аптеками, формируется сбалансированная система управления. При наличии такой системы существенно снижаются финансовые затраты, переход на центральный заказ сокращает временные затраты заведующей, а система мотивации персонала способствует эффективной работе коллектива в целом. Но и основной работы меньше не стало: витрины, хранение, санитарный режим, кадры, которые, я абсолютно уверена, решают все. Как я говорю шефу, мои девочки – это 90% успеха моей работы. Думаю, со мной согласятся и другие руководители.

Вы лично подбираете сотрудников?

Подбирает сотрудников отдел кадров сети, но собеседования они проходят лично с заведующими. К счастью, текучка в нашей сети отсутствует. Что касается моего коллектива, я счастлива работать вместе с ними, мои сотрудницы – супер! В них я уверена на 100%, а это очень многое значит.

Что думаете об уровне образования современных фармацевтов?

Не могу судить однозначно, ведь и нам когда-то говорили – придешь на работу, забудь все, чему тебя учили, и приготовься к трудным реалиям. Конечно, от профессиональных знаний и коммуникативных навыков зависит не только товарооборот аптеки, но и самое главное – здоровье пациентов. В плане повышения образовательного уровня нам помогают вебинары, которые проходят практически еженедельно на разные темы, важные для первостольников. Вебинары проводит АСНА для аптек, входящих в эту ассоциацию.

В чем особенность производственной аптеки? Какие обязательства накладывает выполнение такой редкой в наше время функции?

Что такое производство в аптеке? Это пристальное внимание любых контролирующих органов: и Росздравнадзора, и Роспотребнадзора, и прокуратуры. Это очень сложно. У нас заключен договор с МОЦС и ККЛС (Московский областной центр сертификации и контроля качества лекарственных средств). Их сотрудники приезжают к нам один раз в квартал с проверками, в которые входит все – санитарный режим аптеки, заборы воды, воздуха, смывы, взятие экстремпоральных лекарственных средств на анализ, соблюдение хранения медикаментов, обязательного ассортимента, ценообразование, короче, начиная от входной двери и заканчивая санитарной комнатой. Хорошо, что все это носит не карательный, а рекомендательный характер, все новые

приказы мы узнаем практически первыми, а это очень большой плюс.

Конечно, многих собственников пугают такие трудности и затраты, потому и производство можно пересчитать по пальцам. Производственные аптеки сегодня составляют менее 5%, по моим данным. А ведь в них есть необходимость. Возьмем педиатрию или гериатрию, фармацевтические заводы не могут учитывать индивидуальность каждого клиента. Также и в дерматологии, все эти препараты важны, но не входят в перечни федерального уровня. У нас, к сожалению, отделы по изготовлению лекарств в аптеках могут восстановиться, только если на это будет воля Минздрава. Вот в такой сложной ситуации возрождается наша аптека. Здесь есть проблема, которую надо решать сообща бизнесу и государству. Если аптека имеет рецептурно-производственный отдел, должны быть какие-то льготы, например, налоговые или арендные.

Какие основные проблемы приходится решать?

Наше руководство применяет смекалку, организует правильную работу внутри сети, добавляет к этому маркетинг, и бизнес получается весьма прибыльный и интересный, причем и для сотрудников, реализующих нашу продукцию. В этом есть определенная ставка на будущее. Буквально два месяца назад индивидуальное производство лекарств являлось диковинкой. Многие считают, что это просто отжившая опция, которая не пользуется спросом. Но, как показало время, это не так: к нам приходят посетители разной возрастной категории с различными проблемами и прописями. И надо сказать, что приезжают со всего Подмосковья и Москвы, настолько ощущается острая нехватка рецептурно-производственных отделов.

Что думаете о созданной несколько лет назад Национальной фармацевтической палате?

Насколько я понимаю, Национальная фармацевтическая палата – это такой своео-

бразный мостик между фармспециалистом и госструктурами, принимающими решения в отрасли, с надеждой, что все проблемы нашей отрасли будут своевременно доводиться до сведения органов законодательной и исполнительной власти для принятия нужных мер по поддержке лекарственного обеспечения граждан. Надеюсь, так и будет.

Что дает аптеке вхождение в ассоциацию «СоюзФарма»?

Лично мне как руководителю помогает в работе их служба «Фарминспекторат». Для всех аптек, входящих в состав Ассоциации, действует услуга «задай вопрос фарминспектору». Работа ведется на высоком квалифицированном уровне, оказывается юридическая поддержка, проводится обучение руководителей и специалистов аптек, оперативно доводится информация об актуальных событиях на фармрынке.

Каков социально-психологический портрет посетителя вашей аптеки?

Я бы охарактеризовала так: служащая 46–60 лет с высшим образованием, готовая потратить на приобретение товаров аптечного ассортимента ежемесячно от 1000 до 3000 руб., заранее планирующая поход в аптеку и допустимую для трат сумму. Она редко обращается к врачу, предпочитая самолечение, как правило, всегда знакомится с содержанием витрин и с вниманием относится к консультациям работника первого стола. Очень часто устанавливается взаимная симпатия, и покупатель приходит к конкретному специалисту. Доверие и лояльность покупателей дорогого стоят. По статистике, продать что-то клиенту во второй раз намного легче, чем найти и привлечь нового. С такими клиентами мы стараемся выстроить долгосрочные отношения.

Мы Вам искренне желаем именно таких отношений!

Анна ГОНЧАРОВА



«А В ДОПОЛНЕНИЕ РЕКОМЕНДУЮ ВЗЯТЬ...» ПОЧЕМУ ДОПРОДАЖИ – ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРИБЫЛИ В ТОРГОВЛЕ

Золотухин Евгений

**Коммерческий директор ООО «Прогресс-Фарма» (АС «КИТ-фарма»),
независимый эксперт**



О допродажах в аптеке сказано достаточно, но постараюсь раскрыть эту тему немного с другой стороны. Главный вопрос – что считать допродажей. Большинство авторов относят к допродаже, например, ставший уже притчей во языцех комплекс «антибиотик – пробиотик». Но есть и другая точка зрения.

Вышеупомянутый комплекс «антибиотик – пробиотик», как и десятки других, включающих различные средства из схем лечения, стоит относить не к допродаже, а к обеспечению «стандартной» терапии, т.е. прямой профессиональной обязанности фармацевта. Поэтому если первостольник предложил такой комплекс клиенту и продал его – это вовсе не повод для ликования. Это значит, что

фармацевт просто выполнил свою профессиональную задачу, так сказать «стандартную процедуру». К допродаже есть смысл относить товар, который скорее:

- не входит в терапевтические схемы лечения по основной причине обращения клиента в аптеку;
- не планировался к приобретению до прихода в аптеку;
- решение о приобретении которого было принято непосредственно на кассе под влиянием коммуникации с первостольником и/или прикассовой выкладки товара.

Таким образом, под допродажей следует понимать товар, который, если проводить аналогии, можно сравнить с «вишенкой на торте», которая увенчает процесс покупки и придаст приятные эмоции как с точки зрения совершения покупки, так и дополнительной (а в ряде случаев и основной) прибыли чека.

Допродажи можно разделить на следующие виды:

I. Специфические (С-допродажи) – «заготовки» под основные запросы клиента.

К наиболее популярным (а лучше – ко всем) запросам и основным терапевтическим потребностям клиентов необходимо подобрать соответствующие товары-допродажи, которые будут предлагаться, когда обеспечена «комплексная терапия».

Товары для С-допродаж должны быть специфичными, но при этом не заменяющими ни одного из элементов комплексной терапии, например:

От насморка	
(Деконгестант + Протаргол + Промывание)	+ Салфетки «От насморка»
↓	↓
комплексная терапия	С-допродажа

При ОРВИ	
(Противовирусное + Симптоматическое + Витамины)	+ Карандаш-ингалятор «При простуде»
↓	↓
комплексная терапия	С-допродажа

С точки зрения организационного подхода, при реализации С-допродаж нужно учитывать два основных момента: товар не должен быть дорогим (не более 20–30% от основной покупки), если только не представляет собой значительную ценность для

клиента; при этом должен обеспечивать хорошую прибыль (торговая наценка не менее 50%).

II. Неспецифические, по принципу «Товара дня» (ТД-допродажи) – товары, которые в той или иной степени актуальны для каждого клиента. Эти товары могут располагаться в т.ч. в прикассовой зоне. И по завершении каждой покупки фармацевт должен обращать на них внимание клиентов. Для того чтобы предложение было актуально, можно снижать цены на «Товары дня» или давать подарки за покупку, предварительно договорившись об их компенсации с производителем. Реализация проекта «Товар дня» на 100% зависит от коммуникаций первоначально с клиентом.

III. В аптеке есть и **«безмолвный продавец»**, который работает по допродажам не хуже фармацевта – это прикассовая зона, а точнее – **правильно организованная выкладка**. «Аптечные сладости» (гематоген, «аскорбинка», мюсли и др.) и актуальные сезонные commodity-товары (лейкопластыри, гигиенические помады и др.) уходят из прикассовой зоны, как «горячие пирожки», если выкладка произведена должным образом. Обозначим этот тип как П-допродажи. Кто-то может сказать, что оформление «прикасссы» относится исключительно к мерчандайзингу и ничего общего с допродажами не имеет. Но лично мое мнение, основанное на определенном опыте, что именно прикассовая зона аптеки и фармацевт – это синергия, обеспечивающая высокую эффективность продаж дополнительных товаров. Сравнительная характеристика различных типов допродаж приведена в *табл. 1*.

Табл. 1. Возможности различных видов программ лояльности

	С-допродажа	ТД-допродажа	П-допродажа
Тип товаров	Преимущественно нелекарственный ассортимент, актуальный при различных патологиях. Не входит в стандарты лечения. Желательно интересный, оригинальный товар	Популярные товары аптечного ассортимента, которые могут быть актуальны для большинства клиентов	Commodity-товары нелекарственного ассортимента, «аптечные сладости», имеющие большую частоту импульсного спроса
Специфика к основной покупке	Обязательно	Редко	Редко
Реализация	Первостольник	80% – первостольник 20% – мерчандайзинг (прикассовая зона)	Мерчандайзинг (прикассовая зона)
Цена товара	Не более 20–30% от основной покупки	300–500 руб. (цена средняя – чуть выше средней)	Ниже средней (до 100–150 руб.)
Торговая наценка	Высокая	Ниже средней/низкая (по акции) и/или подарок за покупку	Высокая
Увеличение среднего чека	+/-	+	+
Привлечение новых клиентов	+/-	-	+
Возможность управления продажами через программу	-	+	+

Исходя из этой логики, один тип допродажи абсолютно не исключает другие, поскольку они направлены на разные потребности клиента:

- С-допродажа – оригинально дополняет основное лечение;
- ТД-допродажа – обеспечивает выгодную покупку популярного товара;

■ П-допродажа – дарит эмоции («аптечные сладости»), а также не даст закончиться аптечным товарам «повседневного спроса» (пластыри, презервативы, гигиеническая помада и др.).

Таким образом, идеальная картина обслуживания клиента первостольником должна выглядеть следующим образом (+ пример диалога):



Клиент: «Дайте что-нибудь от насморка».
Первостольник: серия вопросов (Как давно у вас насморк? Насколько сильный насморк? Есть ли «тяжесть» в пазухах? Есть ли еще другие симптомы? И т.д. по ситуации)

Клиент: отвечает на вопросы.
Первостольник: «В таком случае рекомендую вам стандартное лечение, назначаемое большинством врачей в таких случаях, – это средства Х (для промывания носа), Y (деконгестант)

и Z (противомикробное средство для местного применения)» + краткие аргументы в пользу каждого из них.

Клиент: выражает согласие.

Первостольник: «В дополнение рекомендую взять специальные Салфетки от насморка с ромашкой, они способствуют уменьшению воспаления как слизистой оболочки носа, так и на коже вокруг носа» (**С-допродажа**).

Клиент: «Да, спасибо, дайте две пачки».

Первостольник: «Также прошу обратить внимание – у нас сегодня низкая цена на «хит продаж» – витамины для детей. Кроме того, при их покупке вы получаете детский гематоген» (**ТД-допродажа**).

Клиент: «Хорошо, давайте. И еще дайте вот эти (указывая на прикассовый накопитель) – «аскорбинку» и «натуринку» (**П-допродажа**).

Ведь у вас в аптеках все происходит именно так... Данный диалог – не фантастическая зарисовка, а реальность для каждого современного бизнеса. Если такая картина кажется неправдоподобной, то необходимо задуматься об эффективности персонала и существующей системы мотивации.

Есть ли толк от внедрения системы допродаж в аптеке, окажется ли эффект выше затраченного на проект сил и времени? По информации из достоверных источников, один из ведущих FMCG-ритейлеров зарабатывает на 3–4 позициях «Товар дня» на кассе до 2% (!) от общей выручки магазина. В случае аптек это может быть 10% и более, но не с 4 товаров на кассе (ТД-допродажи), а со всего комплекса допродаж, и, прежде всего, с **С-допродаж**, «настроенных» под все основные запросы клиентов. Поэтому внедрять эти проекты не просто важно, а необходимо в существующей ситуации в рознице. Для многих аптек дополнительные 5–10% прибыли от допродаж могут стать решающими не только в их существовании, но и в их дальнейшем успешном развитии.

Эффективность системы допродаж практически полностью зависит от работы

первостольников. Для того чтобы идеи допродаж оставались не только в разговорах и на бумаге, а внедрялись в работу, необходимы существенные коррективы в системе мотивации персонала, где, с одной стороны, необходимо поощрение за их реализацию, с другой – планирование продаж и минимальные планы для каждого сотрудника.

Для оптимизации работы по допродажам в аптеках следует дорабатывать ПО. С одной стороны, ПО должно иметь информирующую функцию и напоминать первостольнику, какой товар нужно допродать в том или ином случае, показывать планы по продажам. С другой стороны – учетную функцию для того, чтобы фиксировать, сколько раз С-допродажа была в чеке с целевым товаром или группой товаров. Это позволит отделить С-допродажи от непосредственных запросов клиентов и случаев, когда допродажи становились первой рекомендацией клиенту.

Ну и в завершение о самом главном – системе мотивации. В рамках этой статьи вдаваться в подробности этой большой темы нет смысла, важно лишь одно – вознаграждение за допродажи, при реализации которых основная роль принадлежит первостольнику (С- и ТД-допродажи), в общей структуре зарплаты как заведующей, так и фармацевта, должно быть существенным, а контроль за выполнением планов тщательным. Ведь допродажи – один из основных способов увеличить прибыль аптеки и при этом своего рода индикатор, который позволяет понять, кто из сотрудников реально хочет и умеет общаться с клиентом, а кто, как это сейчас говорится, работает «фармацевтом-подавайкой» и получает зарплату только за то, что в крайней степени плохо обрабатывает входящий трафик, который создал собственник бизнеса за счет выгодного месторасположения аптеки (т.е. высокой аренды), ассортимента, цен и рекламы.



ФЕРМЕНТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ТРОМБОЗАХ И ТРОМБОЭМБОЛИЯХ

Преферанская Нина Германовна

Доцент кафедры фармакологии образовательного департамента Института фармации и трансляционной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, к.фарм.н.

В организме человека важную роль в поддержании гемостаза играет активация физиологических ингибиторов свертывания крови.

При повреждении кровеносного сосуда инициируется каскад реакций с образованием сгустка крови, так называемого тромба, предотвращающего кровотечение. В первую очередь к месту повреждения прикрепляются тромбоциты, образуя рыхлую непрочную тромбоцитарную пробку (белый тромб), который может закупорить только небольшой сосуд. Белый тромб формируется только в местах повреждения сосуда в условиях высокой скорости кровотока. Свертывание крови включает эффективно регулирующую серию превращений неактивных зимогенов в активные ферменты. Активный протеолитический фермент свертывающей системы **тромбин** катализирует превращение **фибриногена** в мономер – фибрин. Растворимый белок плазмы крови **фибриноген** превращается в нерастворимый белок **фибрин**, который откладывается между тромбоцитами. В нормальных физиологических условиях фермента крови тромбина нет. Он образуется из своего активного зимогена – белка плазмы **протромбина** в присутствии ионов Ca^{2+} под влиянием фермента – **тромбокиназы**, который освобождается при разрушении кровяных пластинок. В области замедленного кровотока разрушенные эритроциты с **фибрином** формируют красные тромбы, образуется нерастворимый полимерный фибриновый сгусток – **гель фибрина**, с формированием прочного фибринового тромба.

Под влиянием противосвертывающей (фибринолитической) системы кровь поддерживается в жидком состоянии. Система фибринолиза является протеолитической системой плазмы крови, ответственной за лизис фибринового сгустка. Основным физиологическим пусковым механизмом является процесс активации факторов контактной фазы фибринолиза. Для каждого фактора свертывания крови существуют различные специфические ингибиторы, такие как $\alpha 2$ -антиплазмин, $\alpha 2$ -макроглобулин, $\alpha 1$ -антитрипсин, антитромбин-III, интер- α -ингибитор трипсина, антиконвертин, антиакселерин. Большинство ингибиторов находятся в избытке и способны образовывать обратимые комплексы с плазмином. Сохранение крови в жидком состоянии позволяет восстановить нормальный кровоток в сосуде. Такие ингибиторы ферментов свертывания крови, как $\alpha 2$ -макроглобулин, $\alpha 1$ -антитрипсин и комплекс антитромбин III-гепарин, обладают небольшой фибринолитической активностью.

Центральным ферментом системы фибринолиза является **плазмин**, на регуляцию активации которого направлены все реакции системы фибринолиза. В процессе фибринолиза под действием специфических активаторов неактивный **плазминоген** (профибринолизин) превращается в активный плазмин (фибринолизин). Тканевой активатор плазминогена содержится в эндотелии сосудов всех тканей. **Плазмин** гидролизует **фибрин** с образованием растворимых пептидов. Растворимые пептиды поступают в кровоток и там

фагоцитируются. **Плазмин** быстро инактивируется α 2-антиплазмином и др. ингибиторами сериновых протеаз, улавливается печенью и не оказывает системного действия. Снижение активности этой системы способствует образованию тромбов, тогда как повышение ее активности может приводить к развитию геморрагий. Снижение фибринолитической активности крови и повышенная склонность к тромбообразованию сопровождаются различными тромбозами и тромбоэмболиями. Противосвертывающая система обеспечивает лизис **фибрина**, разрушает тромб и препятствует распространению тромба за пределы поврежденного участка.

Фибринолитические (тромболитические) средства применяют для растворения образовавшихся тромбов при тромбозе коронарной артерии (остром инфаркте миокарда), тромбозах глубоких вен, тромбоэмболии периферических сосудов, острой тромбоэмболии ветвей легочной артерии, тромбозе артериовенозного, аортокоронарного (вспомогательного) шунтов и для восстановления проходимости тромбированных катетеров. В качестве фибринолитических применяют лекарственные средства: **стрептокиназы, тканевого активатора плазминогена и урокиназы**.

Все тромболитические препараты – это белковые соединения с коротким периодом полувыведения: **стрептокиназы** – $T_{1/2} = 10-23$ мин., **урокиназы** – $T_{1/2} = 10-20$ мин., **проурокиназы** – $T_{1/2} = 7$ мин., **алтеплазы** – $T_{1/2} = 5-8$ мин., **тенектоплазы** – $T_{1/2} = 90$ мин. Препараты подвергаются метаболизму в основном в печени. Вводят внутривенно (в/в), реже внутрикороноарно (в/к) и как можно раньше – после появления первых симптомов тромбоза (желательно в первые 2–6 час.).

При применении фибринолитических средств наиболее часто возникают побочные эффекты: у 10–15% больных отмечается резистентность к препаратам; кровотечения во внутренние органы и в подкожные ткани, кровотечения из ран, десен, желудочно-кишечные кровотечения, внутричерепное кровоизлияние; аллергические реакции

гиперчувствительности (кожные проявления, бронхоспазм, крапивница, редко анафилаксия); аритмии, внезапная артериальная гипотония, отек легких, одышка. Однако современные схемы лечения фибринолитическими средствами и усовершенствование методов их получения позволили значительно снизить частоту нежелательных реакций и осложнений при их применении.

Важно! Противопоказаниями к применению фибринолитических средств служат: геморрагический синдром, в т.ч. геморрагии в глазу, острые внутренние кровотечения, нарушения мозгового кровообращения, внутричерепная аневризма, острый перикардит, расслаивающая аневризма аорты, тяжелая почечная недостаточность, беременность, период лактации, детский возраст до 18 лет.

Одним из наиболее дешевых фибринолитических (тромболитических) препаратов с доказанной эффективностью является **стрептокиназа** (целиаза) – золотой стандарт. Выпускается **рекомбинантная стрептокиназа** под ТН «**Эберкиназа**» и «**Тромбофлюкс**». Стрептокиназу выделяют из культуры β -гемолитического стрептококка группы С, который образует комплекс с плазминогеном. Препарат обладает фибринолитической активностью, что обусловлено способностью взаимодействовать с плазминогеном крови. Комплекс стрептокиназы с плазминогеном обладает протеолитической активностью и катализирует превращение плазминогена в плазмин. Последний способен вызывать лизис фибрина в сгустках крови, инактивировать фибриноген, влиять на факторы V и VII свертывания крови.

Активность стрептокиназы определяют по способности препарата лизировать в определенных условиях сгусток фибрина, образованный смесью растворов фибриногена и тромбина, и выражают в интернациональных (международных) единицах (ИЕ/МЕ). Выпускается в виде лиофилизированного порошка для приготовления раствора для в/в и в/а введений 100000 МЕ, 250000 МЕ, 750000 МЕ и 1500000 МЕ во флаконах.

Читать внимательно инструкцию по применению.

Другим фибринолитическим препаратом является **тканевой активатор плазминогена**, который продуцируется эндотелиальными клетками и вызывает частичный протеолиз плазминогена, превращаясь в плазмин. Обладает высоким сродством к фибрину и ускоряет в сотни раз его действие на плазминоген, причем активирует только те молекулы плазминогена, которые адсорбированы на нитях фибрина. Его действие ограничивается фибрином тромба. Попадая в кровоток, он связывается со специфическим ингибитором и поэтому мало действует на циркулирующий в крови плазминоген и в меньшей степени снижает уровень фибриногена. Для клинического использования был получен по рекомбинантной ДНК технологии синтетический препарат тканевого активатора плазминогена – **Алтеплаза (Актилизе)**, выпускаемый в виде лиофилизированного порошка для приготовления раствора для инфузий. Препарат активируется при соединении с фибрином и стимулирует превращение плазминогена в плазмин, способствуя растворению сгустка фибрина.

Вводят в/в при остром инфаркте миокарда, вызванного тромбозом коронарных сосудов и при острой массивной тромбоэмболии легочной артерии. Препарат эффективен в первые 6–12 час. после введения. Метаболизируется в печени. Снижает риск смертности в первые 30 дней после начала инфаркта миокарда – чем раньше начато лечение, тем больше вероятность благоприятного исхода. При его применении часто возникают геморрагические осложнения. Риск кровотечений повышается при одновременном использовании производных кумарина, антиагрегантов, гепарина и других ЛС, угнетающих свертывание крови. Одновременно с введением препарата рекомендуют назначение антиагреганта – **ацетилсалициловой кислоты** и антикоагулянта (**низкомолекулярные гепарины**).

Важно! При возникновении кровотечения следует прекратить введение препарата.

Тенектеплаза (Метализе) – рекомбинантный фибрино-специфический активатор плазминогена, является производным естественного тканевого активатора плазминогена, модифицированного в трех участках. Тенектеплаза связывается с фибриновым компонентом тромба и избирательно катализирует превращение связанного с тромбом плазминогена в плазмин, который разрушает фибриновую основу тромба.

Выпускается в виде лиофилизата для приготовления раствора для в/в: по 6000 ЕД во флаконе (30 мг); 8000 ЕД – фл. (40 мг); 10000 ЕД – фл. (50 мг). В комплект входят: шприц пластмассовый с растворителем (6 мл, 8 мл, 10 мл), игла (одноразовая) и адаптер. В 1 мл разведенного раствора содержится 1000 ЕД (5 мг) тенектеплазы. Необходимая доза препарата вводится путем быстрой однократной в/в инъекции в течение 5–10 сек.

В сравнении с естественным тканевым активатором плазминогена, тенектеплаза обладает более высоким сродством к фибрину и устойчивостью к инактивирующему действию эндогенного ингибитора активатора плазминогена I. Применяется в качестве тромболитической терапии острого инфаркта миокарда. Применение тенектеплазы в течение 30 дней снижает уровень смертности от инфаркта миокарда на 6,2%. Выводится с желчью, поэтому при нарушениях функции почек не отмечается изменений фармакокинетики;

В клетках почечных канальцев синтезируется протеолитический активатор плазминогена **урокиназа**, с аминокислотой серином в качестве активного центра, который превращает плазминоген в плазмин и способствует освобождению почечных клубочков от фибриновых волокон. Активность **урокиназы** приводит к дозозависимому снижению уровней плазминогена и фибрина, увеличивает продукты разложения фибрина и фибриногена, оказывая антикоагулирующий эффект. При одновременном применении с

антикоагулянтами прямого действия фармакологический эффект усиливается.

Урокиназа (Урокиназа медак) – прямой активатор фибринолитической системы, подобен стрептокиназе, но более специфичен в отношении действия на тромб, – активирует глю- и лиз-плазминогены, превращая их в плазмин, вызывающий ферментативное разрушение фибрина. Распад фибриновых нитей приводит к дезинтеграции составных элементов тромба и он расщепляется на мелкие фрагменты, которые уносятся током крови или растворяются на месте плазмином. Применение препарата вызывает лизис тромба снаружи и изнутри, а образовавшиеся продукты деградации фибриногена способствуют гипокоагуляции, блокируют агрегацию эритроцитов и тромбоцитов и снижают вязкость крови. Урокиназа в отличие от стрептокиназы не имеет антигенных свойств, т.к. не образует антител, циркулирующих в крови, и это дает препарату важное преимущество. **Получают препарат путем экстракции урокиназы из культуры почечных клеток человеческого плода; метод позволяет получить препарат с одинаковой молекулярной массой (м.м.) 35 000 Да.**

Выпускают лиофилизированный порошок для приготовления раствора для инфузий 10 000 МЕ; 50 000 МЕ; 100 000 МЕ и 500 000 МЕ во флаконах. Урокиназа водорастворима и сохраняет свою активность длительное время, ее гипокоагуляционные свойства сохраняются после парентерального введения в течение 3–6 час.

Проурокиназа – одноцепочечный активатор плазминогена урокиназного типа.

В присутствии фибрина превращается в урокиназу. **Проурокиназа рекомбинантная (Гемаза, Пулолаза)** выпускается в виде лиофилизированного порошка для приготовления раствора для в/в введения. Проурокиназа состоит из 2 полипептидных цепей с м.м. 20 тыс. Да и 34 тыс. Да, соединенных дисульфидным мостиком.

Препарат специфически стимулирует превращение (посредством гидролиза аргинин-валиновой связи) профибринолизина (плазминогена) в фибринолизин (плазмин), который способен лизировать фибриновые сгустки. **Препарат способствует растворению тромба, в отличие от действия антикоагулянтов, которые лишь ингибируют его образование.**

Выпускают лиофилизированный порошок для приготовления раствора для инфузий: 2 000 000 МЕ – во флаконах (50 мл) и 5 000 МЕ – в ампулах (1, 2 мл).

Препарат вводится только в/в, 100 мг (20 мг болюсно и 80 мг инфузионно в течение 60 мин.) в 0,9% растворе NaCl. Раствор готовится непосредственно перед применением и не подлежит хранению.

Резюме. Антикоагулянты и антиагреганты применяются исключительно с профилактической целью для предупреждения образования тромба, тогда как тромболитические (фибринолитические) средства в течение первых суток способны растворить уже образовавшийся фибриновый тромб. Применение этих препаратов восстанавливает нормальный кровоток в зоне ишемии пораженного органа и нормализует его функционирование.



ВОПРОС – ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ

Какие требования предъявляются к уголку покупателя в аптеке, чем они регламентированы?

Фактически понятие «уголок покупателя» или «уголок потребителя» в законодательстве РФ отсутствует. Однако из системного толкования действующих норм можно сделать вывод о том, что «уголок покупателя» – это удобное, доступное место в магазине, аптеке или иной торговой организации, где потребитель может ознакомиться с информацией, которую продавец обязан довести до его сведения.

С 2003 г. по 2014 г. на территории РФ действовали Правила отпуска (реализации) лекарственных средств в аптечных организациях, утвержденные приказом Минздрава России от 04.03.03 №80, в которых содержался подробный перечень той информации, с которой должен быть ознакомлен посетитель аптеки. Однако приказом Минздрава России от 09.01.14 №1н указанный приказ признан утратившим силу. До настоящего времени никаких иных подобных Правил принято не было.

Тем не менее, в соответствии со ст. 9 Закона РФ от 07.02.92 №2300-1 «О защите прав потребителей» (далее – Закон №2300-1), п.п. 8, 9, 10, п. 16 Правил продажи отдельных видов товаров (утверждены постановлением Правительства РФ от 19.01.98 №55), ч. 3 ст.63 Федерального закона от 12.04.10 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» «уголок покупателя» в аптеке в обязательном порядке должен содержать следующую информацию:

■ о государственной регистрации и наименовании зарегистрировавшего его органа в случае, если лекарственные средства продает индивидуальный предприниматель;

■ о номере и сроке действия лицензии, а также об органе, ее выдавшем, поскольку деятельность, осуществляемая аптечной организацией, подлежит лицензированию (п. 47 ст. 12 Федерального закона от 04.05.11 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»).

Потребителю также должна быть предоставлена наглядная и достоверная информация: об оказываемых услугах, ценах на них и условиях оказания услуг, а также о применяемых формах обслуживания при продаже товаров (по предварительным заказам, продажа товаров на дому и др. формы).

Помимо этого, в аптечных организациях в доступной для всех заинтересованных лиц форме с учетом группировки по международным непатентованным наименованиям лекарственных препаратов размещается информация о зарегистрированных предельных отпускных ценах производителей на лекарственные препараты.

Кроме того, продавец обязан иметь книгу отзывов и предложений и предоставлять ее покупателям по их требованию.

Поскольку какая-либо конкретная информация об организации «уголка потребителя (покупателя)» в законодательстве отсутствует, согласно сложившимся обычаям делового оборота обязательные для информирования покупателя сведения хранятся в организации, осуществляющей розничную торговлю, в документарном виде и размещаются на стендах, имеющих карманы (файлы) для хранения документов. При этом важно, чтобы покупатель при желании мог самостоятельно ознакомиться с документами.

Как правило, по собственной инициативе организации, осуществляющие розничную торговлю, на указанные стенды добавляют непосредственно сам Закон №2300-1 в виде брошюры, а также журнал проверок, сведения о контролирующих и вышестоящих органах (в т.ч. территориальных управлениях Роспотребнадзора, Росздравнадзора и т.д.), номера телефонов для вызова служб экстренного реагирования, правила поведения для покупателей (содержащие, например, запрет на посещение аптеки покупателям с животными) и т.д., иными словами, любую информацию, которая так или иначе предназначена для информирования покупателя.

Важно! Следует отметить, что, несмотря на то, что вопрос об «уголке покупателя (потребителя)» в достаточной мере

законодательно не урегулирован, в случае отсутствия информации, которая должна быть обязательно доведена до сведения потребителя, организация может быть привлечена к административной ответственности по ст. 14.15 КоАП РФ «Нарушение правил продажи отдельных видов товаров», которая предусматривает административное наказание в виде штрафа для юридических лиц в размере от десяти тыс. до тридцати тыс. руб.

www.garant.ru



Эксперт службы
Правового консалтинга ГАРАНТ

Мария РИЖСКАЯ ■

ЖЕЛЧЬ МЕДИЦИНСКАЯ

Эмульсия для наружного применения

Желчь, полученная от животных и прошедшая специальную обработку и консервацию, успешно применяется в современной медицинской практике для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Вещество, столетиями использовавшееся народными целителями, после детального изучения специалистами стало основой лекарственного препарата.



Медицинская желчь – проверенный народный продукт. В ней содержатся желчные кислоты, белки, аминокислоты, витамины, множество микроэлементов и других биологически активных веществ, что обуславливает её исключительное положительное действие при наружном применении. В состав медицинской желчи входят также антисептики и стабилизаторы. Противоотечные и эмульгирующие свойства Медицинской желчи способствуют нормализации солевого обмена. Известно, что отложение солей может стать причиной появления пяточной шпоры, для лечения которой как раз и применяют желчь (она обладает рассасывающими свойствами).

Медицинскую желчь применяют в качестве местного обезболивающего средства, для снятия воспаления в суставах, при остеоартрозе, хроническом артрите, болезнях позвоночника, вторичном радикулите, бурситах, воспалениях связочного аппарата, травматических повреждениях мягких тканей (ушибы, растяжения связок, подкожные кровоизлияния) без нарушения целостности костей и кожи. **Перед применением Медицинской желчи необходимо обратить внимание на имеющиеся противопоказания к использованию: наличие на коже гнойничков и язвочек, открытые раны, лимфаденит, воспалительный процесс, локализованный в подкожной жировой клетчатке, онкологические заболевания.**

Не рекомендуется использовать медицинскую желчь для лечения детей; с осторожностью препарат применяют в период беременности и лактации.

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ:

Медицинская желчь применяется наружно в виде компрессов (непосредственно перед применением тщательно взболтать жидкость во флаконе).

Большой кусок марли сложить несколько раз и пропитать жидкостью. Затем наложить на пораженную область, закрыв сверху специальной воощеной бумагой, проложить тонким слоем ваты и зафиксировать легкой повязкой.

Ни в коем случае не использовать в качестве верхнего слоя полиэтилен, клеенку – есть риск ожога кожи! Компресс оставляют на сутки или на ночь, обновляя марлю по мере её высыхания. Как правило, полный курс лечения составляет от десяти дней до месяца (по одному компрессу в сутки).

При показаниях к длительному лечению рекомендуются повторные курсы с перерывом в 1–2 месяца.

При появлении признаков раздражения кожи, отдаленно напоминающих аллергическую реакцию, необходимо сделать перерыв в лечении на 10–15 дней.

В процессе лечения избегать попадания жидкости в глаза, на слизистые, а также не смешивать желчь с другими лекарственными средствами непосредственно на месте лечения.



samsonmed.ru



Забота о здоровье суставов!



Reg. номер: Р N002089/01 - 2003 от 23.01.2009

ЖЕЛЧЬ МЕДИЦИНСКАЯ

Полноценная жизнь на пенсии – это реальность!

Применяется ТОЛЬКО МЕСТНО для:
облегчения болей при пяточных шпорах, болях в суставах и мышцах
(при воспалении, нарушении обмена веществ, травмах)

Основные преимущества местного лечения:

- ▶ Простота и удобство применения
- ▶ Обеспечение эффективной концентрации лечебных веществ в месте аппликации препарата
- ▶ Возможность длительных курсов лечения

Оказывает комплексное воздействие:

- ▶ Анальгезирующее
- ▶ Противовоспалительное
- ▶ Рассасывающее



СПРАВОЧНАЯ О НАЛИЧИИ Желчи медицинской
В аптеках Москвы, Московской области и регионов России по тел.: (495) 775-79-57 и на сайте AptekaMos.ru

О ВОЗМОЖНЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



Основано в 1937
САМСОН-МЕД

Россия, 196158, Санкт-Петербург,
Московское шоссе, дом 13
тел./факс: +7(812)329-43-66/702-45-92

samsonmed.ru

Материал предназначен для медицинских и фармацевтических работников. Для медицинских конференций.



СЕРВИСНАЯ МОДЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО НАДЗОРА

Контрольно-надзорные органы РФ ожидают колоссальные стратегические изменения, и приоритетными направлениями развития Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения на 2015–2017 гг. являются совершенствование контрольно-надзорной деятельности, повышение публичности и открытости деятельности Службы; участие в государственных программах и проектах федерального уровня.

Крупнова Ирина Викторовна

Начальник Управления лицензирования и контроля соблюдения обязательных требований Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор)



Приведу слова Михаила Абызова, министра РФ, ответственного за организацию работы Правительственной комиссии по координации деятельности «Открытого правительства»: *«Сегодня работа госконтроля носит репрессивный*

характер, а нужно стремиться к сервисной модели».

Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период предусматривает выстраивание вертикальной системы контроля и надзора в сфере здравоохранения, в ведение Росздравнадзора, а именно по пяти позициям:

- систематизация и актуализация обязательных требований, обусловленные отсутствием связи с безопасностью товаров, работ, услуг, а также свободного доступа проверяемых лиц к информации;
- централизация контрольно-разрешительных функций, внедрение системы аккредитации медицинских организаций всех видов собственности, а также иных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, для оценки эффективности их деятельности по единым национальным критериям;

- обеспечение комплексного подхода к организации государственного контроля качества лекарственных средств, включающего контроль их производства и обращения;

- создание и внедрение системы менеджмента качества медицинских услуг, устанавливающей критерии оценки качества медицинской помощи как основы формирования системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Ее цель – постепенное снижение государственного контроля в пользу обеспечения качества со стороны медицинской организации как основание для формирования системы аккредитации медицинских организаций;

- разработка системы оценки потенциальных рисков при осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности и порядок ее использования при планировании контрольных мероприятий.

Действия контрольно-надзорного органа должны быть понятны, прозрачны и доступны подконтрольным организациям, которые в свою очередь должны четко понимать: что будет проверяться, как будут оформляться результаты и какая ответственность ложится на подконтрольную организацию, если она не выполняет законодательство РФ.

Федеральный государственный надзор в сфере обращения лекарственных средств руководствуется Федеральным законом РФ от 12.04.10 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (ст. 9 «Государственный контроль (надзор) в сфере обращения лекарственных средств»).

Меры, принимаемые для усиления контроля за обращением ЛП, трех видов:

Организационные:

- совершенствование нормативно правовой базы, регулирующей обращение лекарственных препаратов (проект постановления Правительства РФ о регулировании дистанционной торговли, создание централизованной системы контроля деятельности фармацевтических организаций);

- усиление ответственности за нарушение правил обращения лекарственных средств (внесение изменений в КоАП, принятых в первом чтении, – увеличение штрафов за нарушения правил обращения лекарственных средств и введение ответственности за нарушение порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов).

Практические:

- перевод на выпускной контроль в случае неоднократного выпуска недоброкачественных лекарственных препаратов (внесение изменений в Федеральный закон (об охране здоровья граждан), п. 2 перечня поручений Президента Российской Федерации от 30.04.16 №Пр-812);

- приостановление, аннулирование действия лицензии в случае реализации фальсифицированных, контрафактных ЛП.

Лабораторные:

- усовершенствование методов исследований, в т.ч. физико-химических, биологических, микробиологических, иммунобиологических (строительство лабораторных комплексов в Ярославле, Санкт-Петербурге);

- разработка новых неразрушающих методов оценки качества лекарственных препаратов (рамановская спектроскопия);

- разработка и производство стандартных образцов.

В рамках информатизации контрольно-надзорной деятельности существуют три ключевых направления:

1. **Развитие надведомственной информационной инфраструктуры**, которой предусмотрено наличие Реестра услуг и функций (ФРГУ), где полностью определяется перечень видов контроля (федеральный, региональный, муниципальный), проводимого в РФ. Также работает Единый портал услуг и функций (ЕПГУ) *gosuslugi.ru*, на котором будут размещены в полном объеме нормативно-правовые акты, в т.ч. и административные регламенты, пошагово определяющие действия контрольной организации, указанные в Реестре услуг.

Далее – Единый реестр проверок (ЕРП) *proverka.gov.ru*, который уже пополняется с июля прошлого года. Главенствующим органом здесь является Генеральная прокуратура РФ. В ЕРП полностью размещается весь объем материалов – от приказа до конечного итога контрольного мероприятия, что непосредственно доступно Генпрокуратуре.

Есть и Реестр субъектов малого и среднего предпринимательства. Для данной категории у нас предусмотрены «надзорные каникулы», которые планомерно ложатся в эту систему: любой контролирующий орган может принять решение о проведении внеплановой проверки, об установлении временного периода режима контроля, непосредственно сверившись с этим реестром.

Замыкающим звеном является Государственная автоматизированная система «Управление» (ГАСУ) – базовая и аккумулирующая все результаты любого контролируемого органа, в т.ч. и физических лиц – индивидуальных предпринимателей.

2. **Организация межведомственного взаимодействия** (цель – снижение административной нагрузки и времени контроля на юридических лиц и ИП).

3. **Внедрение ведомственных информационных систем** (цель – переводение всех процедур контроля в электронный вид и

корреляция пяти вышеупомянутых структур). Для чего проводится:

- разработка методических рекомендаций по информатизации контрольно-надзорной деятельности;
- доработка и внедрение ведомственных информационных систем;
- разработка «облачного» решения, обеспечивающего автоматизацию основных процессов при реализации контрольно-надзорных функций контролирующими органами. Именно это «облако» способно показать, пересекаются ли наши интересы контроля, или нет. Дублирования полномочий не должно быть вообще.

Говоря о Федеральном государственном надзоре в сфере обращения лекарственных средств, следует отметить, что мы участвуем в пилотном проекте в рамках большой программы, проводимой в стране, относительно не только подконтрольной организации, но и контролирующего органа. Здесь работа идет в двух направлениях – эффективности и результативности деятельности контролирующего органа, а именно социально-экономического эффекта от проведения данного контрольного мероприятия и его себестоимость.

С октября 2016 г. централизация государственного контроля за качеством оказываемых медицинских и фармацевтических услуг утверждена Федеральным законом, и теперь лицензионный контроль полностью, по всем видам контроля, перешел в ведение Росздравнадзора. Выходя на медицинскую, фармацевтическую организацию либо на организации, занимающиеся оборотом наркотических средств, производством медицинской техники или техобслуживанием, Росздравнадзор сформировал планы на 2017 г. только комплексными проверками. Распоряжением Правительства РФ от 01.04.16 №559-р, утвержден план мероприятий («дорожная карта») по совершенствованию контрольно-надзорной деятельности в Российской Федерации на 2016–2017 гг.

Вышеназванный пилотный проект проводился сразу в нескольких органах

исполнительной власти. Стало понятно (в т.ч. с учетом мнения Аналитического центра при Президенте РФ), что у всех контролирующих органов (МЧС, Ростехнадзор, Росздравнадзор, Роспотребнадзор и т.д.) абсолютно разные подходы, свои методики, и оценить нас едино невозможно.

Критерий нашей Службы – это предоставление качественных лекарственных препаратов. Срыв качества может быть на каждом этапе надлежащих практик: лабораторной, производственной, клинической, дистрибуторской, аптечной, хранения и перевозки ЛП, практики фармаконадзора – на любом жизненном цикле. Особенно на пути следования и хранения ЛП. Теперь Минздравом России разработаны конкретные требования к этой позиции (вступают в силу с 1 января 2017 г.), в т.ч. и надлежащая аптечная практика, разработанная при участии Росздравнадзора. Созданы лаборатории, которые могут подтвердить, соответствует ли качеству данный лекарственный препарат, или нет.

Недостаточное количество финансовых, материальных и кадровых ресурсов для соблюдения желаемой интенсивности контрольно-надзорных мероприятий и охвата проверками всех подконтрольных субъектов, а также недопустимо высокие административные барьеры и издержки бизнеса от проведения контрольно-надзорной деятельности стали предпосылками внедрения **рисковой модели**.

Мировой опыт использования *риск-ориентированного подхода* свидетельствует, что его применение позволило сократить общее количество проверок от 30 до 90%, а отдельные категории бизнеса и вовсе освободить от необходимости прохождения плановых проверок. При этом было обеспечено сохранение уровня безопасности в подконтрольной сфере.

Согласно Федеральному закону от 26.12.08 №294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» (ст. 8.1 «Применение риск-ориентирован-

ного подхода при организации государственного контроля (надзора)», в рамках «пилота» рекомендуется применение *риск-ориентированной модели*, т.к. с 1 января 2018 г. вступит в силу закон, устанавливающий применение риск-ориентированного подхода ко всем видам контроля. Каждая организация, имеющая лицензию на фармацевтическую деятельность, должна быть проранжирована, т.е. определена по своей деятельности и факту риска. Аптечная организация, оказывающая услугу по изготовлению лекарств, находится в большем риске, нежели аптека готовых форм (приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.07.10 № 553н «Об утверждении видов аптечных организаций»).

Для того чтобы наша система требований была понятна всем участникам фармацевтического рынка, Службой совместно с оптовыми организациями разрабатываются чек-листы (четкий опросный лист, понятный проверяющему органу и подконтрольной организации).

Итак, риск-ориентированная модель обеспечит как сокращение количества контрольных мероприятий, так и повышение эффективности качества лекарственных препаратов.

По материалам XVIII Всероссийской конференции «ФармМедОбращение»

Елена МАРТЫНЮК ■



В РОССИИ СЕГОДНЯ ИННОВАЦИИ НИКОМУ ОСОБЕННО НЕ НУЖНЫ

Кроме разве что узкого круга интересантов, к которым не относятся ни пациенты, ни система здравоохранения. С таким тезисом выступил на сессии «Инновации в фармацевтической отрасли: как поддержать новаторов?» в рамках фармфорума, организованного РБК, заместитель генерального директора компании STADA CIS Иван Глушков.

Страна заинтересована в инновациях, так заявляют представители государственной власти. Но что происходит на деле? И.А. Глушков напомнил, что фармрынок состоит из двух больших сегментов – это госзакупки и коммерческий (или аптечный) сегмент.

«Чтобы попасть в госсегмент, надо попасть в перечень ЖНВЛП и ОНЛС. В постановлении Правительства РФ от 28.08.14 №871 «Об утверждении Правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» попробуйте найти слово «инновации». Вся логика оценки при принятии решения сводится к тому, чтобы препарат был максимально дешевый. Согласитесь, что логика «канарейка за копейку, чтобы пела и не ела», это не логика инновационной разработки», – сказал И.А. Глушков. Он допускает, что система допуска лекарственных препаратов в Перечень ЖНВЛП может быть пересмотрена, но пока инновационному препарату туда, скорее всего, не попасть.

Не способствует развитию инноваций и система ценообразования на лекарственные препараты. Заместитель гендиректора STADA CIS привел пример из жизни. Компания нашла группу разработчиков, «умеющих делать стабильный аэрозоль действующего вещества лекарственного препарата» и имеющих соответствующий патент. Терапевтическая

эффективность такого препарата достигается при меньшей концентрации действующего вещества.

«Пришли мы в ФАС обсуждать цену, и что они нам говорят? Цена лекарственного средства должна зависеть от того, сколько в нем действующего вещества. У вас во сколько раз меньше? В 25. Значит, стоит препарат будет в 25 раз дешевле по сравнению с таблеткой», – рассказал И.А. Глушков. На аргумент, что продавать инновационный продукт в 25 раз дешевле невозможно, представителям STADA CIS порекомендовали внимательно прочитать закон. В результате, как пояснил топ-менеджер, аэрозольная форма препарата, о котором говорилось выше, выпускаться в России не будет, по крайней мере, в рамках существующего нормативного поля. «Мы спокойно вывезем ее в Европу и там запустим», – пояснил представитель холдинга. Он также считает, что на фоне слов главы государства в октябре о ценах на лекарства, фармацевтах и недоработку правоохранительных органов, не реагирующих, по мнению Президента РФ, на манипуляции на фармрынке, заявление цен на инновационные препараты даже в рамках действующего нормативного поля представляется существенным риском.

Об инновационном препарате сложно узнать врачам. Это еще одна проблема, с которой сталкиваются разработчики новых лекарств. «Вся работа компаний с врачами с точки зрения Минздрава – это что-то на

границы добра и зла. Нас рассматривают изначально с позиции отсутствия презумпции невиновности, мы по умолчанию виновны, мы, по мнению ведомства, стараемся коррумпировать врачей, и наше общение стараются ограничить», – отметил Иван Глушков. Получается, что позиция государства сводится к ненужности отработки с медицинским сообществом новых технологий и новых препаратов из-за коррупционных рисков.

И главное, что может отвлечь инвесторов от желания вкладываться в разработку инновационных препаратов, механизм принудительного лицензирования.

Представитель STADA напомнил, что ст. 1362 Гражданского кодекса РФ «Принудительная лицензия на изобретение, полезную модель или промышленный образец», действующая уже несколько лет, допускала принудительное лицензирование по решению суда, где сторона ответчика могла побороться за свои права. Теперь же, по его словам, законопроект, подготовленный ФАС России, «выводит все это из судебного поля и лицензия будет отниматься по решению правительства, когда даже суд на это не согласится». Государство тем самым заявляет о том, что интеллектуальная собственность – это инструмент злоупотребления на рынке, ограничивающий конкуренцию.

Интересны и нужны ли инновации пациентам? Казалось бы, да. Потребителю нужны качественные, эффективные, безопасные, приемлемые по цене лекарственные препараты, но... Платежеспособность россиян падает. «Какая часть населения сможет из своего кармана покупать инновационные лекарственные средства? Сколько людей способны оплатить лечение онкологии, например?» – спросил И.А. Глушков. И сам ответил:

«В ситуации, когда в стране отсутствует система соплатежей, а пациент за все платит сам, то очень небольшая часть».

«В странах, где есть система соплатежей, отличная поляна для любой инновации. Получается, все, что мы находим в России, мы стараемся вывести из России, – сказал топ-менеджер компании. – Доступ к инновациям обеспечивается за счет софинансирования, по-разному организованного либо со стороны государства, либо со стороны страховых фондов». К тому же он задался вопросом, а как пациент может оценить, что это инновация? Специальных знаний у большинства населения нет, результаты клинических исследований они не читают. Получается, что если производитель хочет предложить пациенту новый препарат, ему нужно инвестировать не в клинические исследования, а в рекламу. «Компания – это всегда бизнес. У вас есть 10 миллионов, вы можете пойти налево и получить большие риски, из-за большого количества ограничений – неизвестно, когда выведете препарат на рынок, или пойти направо – у вас есть отличный инструмент стимулирования спроса. Ну и какие инновации? Только в рекламе», – считает Иван Глушков. Он добавил, что в России мало компаний, способных создать достаточный спрос на инновации внутри страны. Государство хочет развивать инновации, но в силу большого количества экономических причин не может себе этого позволить, а тогда не стоит об этом и говорить. Представитель STADA CIS уверен, что дженерики в ближайшее время будут самым ценным товаром на рынке в России.

Анна ШАРАФАНОВИЧ ■



ДИСТРИБУТОР ИЛИ ЛОГИСТ: ЗА КЕМ БУДУЩЕЕ НА ФАРМРЫНКЕ?

Фармацевтический рынок по-прежнему представлен в большинстве своем иностранными игроками. Доля импорта на отечественном рынке ЛП составляет 75%, если считать в денежном эквиваленте, что на 3% ниже, чем в 2015 г., и на 1% ниже итогов 2014 г.

Несмотря на некоторые трудности, которые испытывают поставщики в настоящее время, дистрибутор продолжает оставаться общепризнанным связующим звеном между производителем и розницей. Аптеки при выборе поставщика, прежде всего, ориентируются на цены, ассортимент, возможности оплаты. И здесь выигрывает тот, кто предложит товар по конкурентоспособной цене и с лучшим уровнем сервиса.



О ситуации в сфере фармацевтической дистрибуции лекарственных препаратов в России рассказывает директор по развитию аналитической компании «АРЭНСИ Фарма» (RNS Pharma) **Николай Беспалов**.

На рынке фармацевтической продукции традиционно существует трехступенчатая система снабжения лекарственными средствами: производитель – дистрибутор/логист – аптека. Таможенные и складские услуги в России намного дороже, чем на Западе. Производитель подписывает с логистическим оператором договор на аренду площади, договор на складское обслуживание, договор на консалтинг по поводу получения производителем лицензии на фармдеятельность сначала в Минздраве, потом в Росздравнадзоре, договор на сертификацию, договор с таможенным брокером.

Мелкие дистрибуторы получили возможность покупать товар у производителя, что гораздо дешевле, чем у крупного

дистрибутора. Производитель не давал объявленных скидок крупным дистрибуторам и мог себе это позволить.

На фармрынке изменились приоритеты. Производитель получает рост объемов продаж без дополнительных расходов, эффективные компании получают шанс на рост. При этом компании неэффективные рынок покидают.

У дистрибуторов сменились лидеры: «Катрен» за 5–6 лет с пятого места поднялся на первое, «Протек» сместился на второе, не отличается стабильностью положение компании «Роста», в первой пятерке – «Пульс» и «СИА Интернейшнл». По итогам 2016 г., вышеперечисленных фармдистрибуторов согласно оценке IMS Health относят к группе национальных, с объемом поставок в среднем за квартал от 9000 млн руб.

Центральным событием с начала года стала стремительная сделка, в результате которой Alliance Healthcare Rus вошел в состав активно растущей АС «36,6». Ранее шел процесс интеграции финской «Ориолы», которая поглощалась все той же «36,6».

Анализируя историю ухода с рынка тех или иных оптовых компаний, несложно проследить четкую корреляцию. Во-первых, чаще всего они уходят не поодиночке, а группами, а значит причины носят в известной степени системный характер, а во-вторых, этот уход всегда сопровождается каким-нибудь более или менее значимым внешним воздействием, будь то влияние кризисных явлений в экономике, либо изменение регуляторной политики, которые также

сказались на финансовом состоянии оптовиков. Так что очередная волна расчистки

оптового рынка панику уже не провоцирует, причины ее понятны.

**ТОР-10 фармдистрибуторов на рынке прямых поставок ЛП
(с учетом льготных поставок, в т.ч. в регионах в денежном выражении)**

Рейтинг	Дистрибутор	Центральный офис	Доля на рынке отгрузок в точки конечной реализации, % (I–II кв. 2016 г.)	Доля на рынке отгрузок в точки конечной реализации, % (I–II кв. 2015 г.)
1.	Катрен	Новосибирск	16,71	15,29
2.	Протек	Москва	15,93	11,83
3.	Пульс	Москва	10,69	8,50
4.	Роста*	Москва	5,73	5,92
5.	СИА Интернейшнл*	Москва	4,56	4,64
6.	Р-фарм	Москва	4,00	4,09
7.	БСС	Санкт-Петербург	3,90	2,81
8.	Фармкомплект	Нижний Новгород	3,47	2,96
9.	Alliance Healthcare*	Москва	2,58	6,34
10.	Евросервис	Москва	1,40	1,37

Источник: RNC Pharma

*экспертная оценка

КАК ЗАЩИТИТЬ ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

Возможно, трехступенчатая система работы в ближайшем будущем кардинально поменяется. Причины тому:

1. Захватническая деятельность компании «36,6», а именно покупка и отказ оплачивать обязательства компании «Ориола» (ущерб производителю составил 2 млрд руб.) и теперь «Альянс» (ущерб производителю – 5 млрд руб.) подорвал веру многих производителей в добропорядочность дистрибуторов. Дистрибуторы, передавая свой бизнес с долгами, товарным запасом, получают прибыль и уходят с низкомаржинального рынка фармдистрибуции. Западные фармпроизводители, понимая, что в России они на 100% не защищены законом, испытывают кризис доверия к компаниям-дистрибуторам.

2. Появились крупные аптечные сети: «АСНА» (4–5% рынка фарминдустрии), к ним приближается «36,6». Существуют сети из малого числа аптек (около 100), как например, «Самсон-Фарма», которые много лет получают стабильную прибыль и являются платежеспособными. Более того, 80% аптек в России входят в состав сетей из 10 и более предприятий. Аптечные сети как явление отсутствуют в Европе (в Германии, Франции), но существуют в Великобритании и Италии. Вероятно, эти страны стоит рассматривать как пример, по их «лекалам» будут кроить российский фармрынок.

3. В мире происходит объединение фармпроизводителей. Самые крупные сделки по слиянию – это сделки по объединению фармкомпаний. Снизить риск неоплаты – основная задача производителей. Особенно это

актуально в кризис. Притом, что 90% компетенций дистрибуторов – это логистические функции, а 10% – функции маркетинга – готовы подхватить крупные аптечные сети. Проблема состоит в том, что логистические подразделения компаний не играют никакой роли в принятии решений.

Необходимо защитить производителя от риска неплатежеспособности посредников. Производители стремятся поставить товар в аптечную сеть, что сопряжено со следующими трудностями:

- аптечные сети хотят иметь от своего поставщика «ретро-бонус», кроме прочего, они создают условия поставок товара, которые являются трудновыполнимыми, и дело не только в логистике;
- производители западные «белые» пребывают в стесненном положении из-за законодательства своих стран, поэтому пункты с «ретро-бонусами», обязательными акциями по продвижению и штрафами за непоставки в нужный срок нужного объема трудно закрепить юридически;
- аптечные сети, исключая из поставок от дистрибуторов значительное количество товаров различных производителей, подвергают себя риску. Ни для кого не секрет, что на российском рынке много «серого» импорта, которым дистрибуторы закрывают возникающие пустоты в работе производителя;
- дистрибуторы участвуют в мероприятиях по стимулированию спроса на тот или иной препарат производителя. Эти мероприятия по стимулированию часто формируют неучтенные доходы для сотрудников компаний-производителей;
- поставки лекарственных средств для государственных нужд и участие в тендерах тоже является прерогативой дистрибуторов,

несмотря на условия, декларируемые российским законодательством, и уклоняются от этой деятельности. Причины просты: если это сделает дистрибутор, то обеспечит доходы руководителям компаний-производителей без риска.

Только решив эти проблемы, путем переговоров или дополнительных договоренностей между участниками фармрынка, логистический оператор сможет предложить сервис нужного качества, по нужной цене, при этом качество логистического сервиса, хотя и не играет главной роли, должно быть безупречным.

А ЧТО НА ЭТО ОТВЕТАТ ДИСТРИБУТОРЫ?

Основным вызовом фармрынку дистрибуторы называют существенное сокращение прибыли. Представители дистрибуторских компаний считают, что в настоящий момент аптечный рынок не столь прозрачен, как хотелось бы. Общее состояние рынка по платежной дисциплине расценивается как крайне неудовлетворительное. В этой ситуации дистрибуторы более доверяют небольшим аптечным сетям, т.к. крупные компании позволяют себе не спешить с выплатами задолженностей.

Говоря о прогнозах на рынке фармацевтической дистрибуции на 2017 г., не стоит загадывать далеко вперед. Любой прогноз актуален лишь на данный момент, и может быть пересмотрен в случае изменения макроэкономической ситуации или регуляторной политики.

По материалам II Международной конференции «Стандарты качества фармацевтической логистики»

Ольга ДАНЧЕНКО ■



КАК ТАМОЖНЯ ДАЕТ ДОБРО

Не секрет, что наш аптечный бизнес не обходится без лекарственных средств, привезенных из-за рубежа. И в этой логистической цепочке таможня играет весьма существенную роль...

КТО ОНИ – УЧАСТНИКИ ЭТОГО РЫНКА?

По словам министра здравоохранения России **Вероники Скворцовой**, в стране находится в обращении почти 80 тыс. лекарств по 3 тыс. международных непатентованных наименований. При этом доля продаж импортных лекарств составляет около 75% в денежном выражении и почти 40% – в упаковках. При этом 15 самых крупных фармацевтических дистрибуторов держат до 78% рынка. Лидерами в дистрибуторском сегменте по оценке прошлых лет являются такие компании, как «ЦВ «Протек», «СИА Интернейшнл». В объеме фармацевтического рынка их общий показатель достигает величины в 33%. А в целом, по оценкам экспертов, в России насчитывается примерно 2500 предприятий, занимающихся оптовыми продажами фармацевтической продукции, из них 2300 – мелких. При этом все дистрибуторы должны строго соблюдать требования к ввозу лекарственных средств (ЛС), отраженные в Федеральном законе от 12.04.10 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств в Российской Федерации» (ФЗ-61) и нормативных документах, обязательных в странах – участницах Евразийского экономического союза (ЕАЭС). Конечно, и тем, кто уже занимается ввозом лекарственных средств на территорию России и территории ЕАЭС, и тем, кто только планирует включиться в эту деятельность, необходимо знать массу

норм и правил, связанных с таможенным администрированием, а также с вопросами ввоза лекарственных средств и фармацевтических субстанций на таможенную территорию.

МЕРЫ НЕТАРИФНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

«Любое государство, которое стремится обеспечить свою политическую независимость и экономическую безопасность, осуществляет регулирование внешнеэкономических отношений. Таможенные тарифы (т.е. тарифное регулирование) остаются важнейшим инструментом внешнеторговой политики, но их роль за последние десятилетия постепенно ослабла. Особенно это чувствуется в рамках требований Всемирной торговой организации. Следовательно, в тех случаях, когда возможности тарифного регулирования оказываются либо недостаточно эффективными, либо невозможными (например, из-за имеющихся обязательств), применяются административные методы. Так, возник целый ряд средств внешнеэкономической политики, не входящих в группу тарифных мер регулирования, которые в административном порядке или в силу выполняемых ими функций стали играть роль регуляторов внешнеторгового оборота. Они получили наименование нетарифного ограничения или нетарифного регулирования», – сообщил вице-президент международной

ассоциации «Антиконтрафакт», преподаватель Российской таможенной академии **Петр Анатольевич Баклаков**.



Он пояснил, что разделение на тарифные и нетарифные методы регулирования впервые было предложено Секретариатом Генерального соглашения по тарифам и торговле (ГАТТ) в конце 60-х гг. Это же соглашение определило нетарифное регулирование как «любые действия, кроме тарифов, которые препятствуют свободному потоку международной торговли».

Практика применения государственного регулирования внешнеэкономической деятельности в зарубежных странах свидетельствует об очень жестком, в целях защиты национальных рынков, использовании нетарифных барьеров. Так, Минэкономразвития России зафиксировано 97 ограничительных мер, применяемых иностранными государствами для защиты своего внутреннего товарного рынка в отношении российских товаров, в т.ч. 45 – нетарифного регулирования. По информации Евразийской экономической комиссии (ЕЭК), число защитных мер, действующих в отношении товаров из стран – членов ЕАЭС (договор вступил в силу с 1 января 2015 г.), продолжает увеличиваться, – в I полугодии 2015 г. торговые партнеры ЕАЭС применяли 131 ограничение.

В соответствии со ст. 150 Таможенного кодекса ЕАЭС (Таможенного союза) все лица на равных основаниях имеют право на перемещение товаров через таможенную границу с соблюдением положений, установленных таможенным законодательством союза. А в соответствии со ст. 152 Таможенного кодекса ЕАЭС (Таможенного союза) перемещение товаров через таможенную границу осуществляется с соблюдением запретов и ограничений.

Статьей 25 Договора ЕАЭС устанавливается, что применяются единые меры регулирования внешней торговли товарами с третьими сторонами и действует единый режим

торговли товарами в отношениях с третьими сторонами.

Отличия российского законодательства и документов ЕАЭС от международных подходов заключаются в разном «насыщении» термина **«нетарифное регулирование»**. В ЕАЭС под данной мерой государственного регулирования понимается установление лицензирования или разрешительного порядка при перемещении только отдельных категорий товаров, так называемых «специфических», которые включены в Единый перечень товаров, к которым применяются меры нетарифного регулирования в торговле с третьими странами. Этот перечень утвержден двумя решениями Коллегии ЕЭК от 16.08.12 №134 и от 21.04.15 №30.

Меры технического регулирования, законодательство экспортного контроля, санитарные, фитосанитарные и ветеринарные требования не входят в понятие «меры нетарифного регулирования».

Подпунктом 8 пункта 1 статьи 4 Таможенного кодекса Таможенного союза с учетом положений Договора ЕАЭС (п. 2 ст. 101) определено, **что запреты и ограничения – это комплекс мер, применяемых в отношении товаров, перемещаемых через таможенную границу, включающий меры:**

- нетарифного регулирования;
- меры экспортного контроля, в т.ч. в отношении продукции военного назначения;
- меры технического регулирования, а также санитарно-эпидемиологические требования;
- ветеринарные требования;
- карантинные, фитосанитарные требования;
- радиационные требования.

Статьей 46 Договора о ЕАЭС установлено, что в торговле с третьими странами применяются следующие единые меры нетарифного регулирования. Их пять видов:

- 1) запрет ввоза и (или) вывоза товаров;
- 2) количественные ограничения ввоза и (или) вывоза товаров;
- 3) исключительное право на экспорт и (или) импорт товаров;
- 4) автоматическое лицензирование (наблюдение) экспорта и (или) импорта товаров;

5) разрешительный порядок ввоза и (или) вывоза товаров.

«При ввозе лекарств (ЛС) и фармацевтических субстанций (ФС) действует одна нетарифная мера – это разрешительный порядок ввоза. Хотя и с определенными особенностями:

- разрешительный порядок можно рассматривать как самостоятельную меру нетарифного регулирования, так и как инструмент реализации административных ограничений, предусматривающий получение разрешения государства (в лице уполномоченного органа), при перемещении товаров через границу или при помещении товаров под таможенную процедуру. Есть исключения. Это меры нетарифного регулирования в отношении лекарственных средств и фармацевтических субстанций. Как правило, при ввозе лекарственных средств и фармацевтических субстанций не требуется разрешительный документ;
- лекарственные средства и фармацевтические субстанции, ввоз которых на таможенную территорию ЕАЭС (Таможенного союза) ограничен, включены в раздел 2.14 Единого перечня товаров, к которым применяются меры нетарифного регулирования в торговле с третьими странами. Данный перечень утвержден решением Коллегии ЕЭК от 24.05.15 №30;
- порядок перемещения регулируется утвержденным этим же решением Коллегии ЕЭК Положением о порядке ввоза на таможенную территорию ЕАЭС (Таможенного союза) лекарственных средств и фармацевтических субстанций», – уточнил П.А. Баклаков.

Итак, существуют 2 варианта ввоза лекарственных средств (ЛС) и фармсубстанций (ФС). Выбор варианта зависит от того, зарегистрированы ЛС и ФС в РФ или нет (данные – на сайте Росздравнадзора).

Надо заметить, существуют 17 видов таможенных процедур, из них 13 предусмотрены для ввоза товаров. Таможенная процедура определяет объем прав собственника в



отношении принадлежащих ему товаров после таможенного оформления.

Содержание таможенных процедур включает:

- направление перемещения;
- цель перемещения;
- статус товаров;
- условия помещения под процедуру;
- ограничения по владению, пользованию и распоряжению;
- порядок уплаты таможенных пошлин и налогов.

Право выбора таможенной процедуры лежит на участнике ВЭД. Например: после помещения товаров под таможенную процедуру «таможенный склад» можно продавать товар, но нельзя им пользоваться. При помещении под таможенную процедуру «выпуск для внутреннего потребления» с товаром можно делать все, что хочется.

Если ЛС или ФС зарегистрировано, предусмотрено помещение под 4 таможенные процедуры:

- выпуск для внутреннего потребления;
- переработка для внутреннего потребления;
- реимпорт;
- отказ в пользу государства.

Участникам ВЭД требуется доказать, что эти ЛС или ФС включены в государственный реестр лекарственных средств государства – члена ЕАЭС. Поскольку в нашей стране действует и, похоже, будет действовать еще долго, принцип резидентства, то российской

таможне необходимо убедиться, что ЛС и ФС включены в Государственный реестр России. Как это происходит? Обязательное требование – указать сведения в 44-й графе ДТ регистрационный номер в Государственном реестре, номер и дату регистрационного удостоверения. Таможня должна проверить эту информацию. У нее для этого есть несколько способов. Первый – осуществить запрос с использованием межведомственной информационной системы в Росздравнадзор. Второй – самостоятельно обратиться к открытому информационному ресурсу Росздравнадзора. Третий – убедиться, что существуют документы, подтверждающие включения ЛС или ФС в Государственный реестр, т.е. проверить регистрационное удостоверение или выписку из государственного реестра ЛС. Эти документы также необходимы для подтверждения 10%-ной ставки НДС. Есть исключения: если зарегистрированное ЛС ввозится для проведения клинических исследований или для оказания гуманитарной помощи (содействия), помощи при чрезвычайных ситуациях, то тогда требуется заключение (разрешение) уполномоченного органа.

А что же делать при ввозе и помещении под другие таможенные режимы. Например, «таможенный склад» или «временный ввоз», «свободный склад» и прочие 5 процедур. Согласно указанному решению Коллегии ЕЭК №30 никаких ограничений нет, т.е. сведения можно и не предоставлять.

Если ЛС или ФС не зарегистрировано, предусмотрено помещение под 4 таможенные процедуры:

- выпуск для внутреннего потребления;
- переработка для внутреннего потребления;
- реимпорт;
- отказ в пользу государства.

Осуществляется на основании заключений (разрешений), выдаваемых уполномоченным органом в соответствии с законодательством

государства – члена ЕАЭС (Таможенного союза).

В России в соответствии с распоряжением правительства РФ от 23.09.10 №1567-р таким уполномоченным органом является Росздравнадзор. А заключения на ввоз незарегистрированных ЛС и ФС выдает Минздрав России.

НО И ЭТО НЕ ВСЕ

Помещение зарегистрированных ЛС под таможенные процедуры осуществляется при предоставлении таможенному органу государства – члена ЕАЭС сведений о включении в реестр, за исключением помещения лекарственных средств под таможенные процедуры в соответствии с п.п. 6 и 7 Положения, утвержденного решением Коллегии ЕЭК №30.

Помещение зарегистрированных лекарственных средств в случае, предусмотренном подпунктом «е» п. 11 (е) (ввоз зарегистрированных лекарственных средств, предназначенных для оказания гуманитарной помощи (содействия) и (или) помощи при чрезвычайных ситуациях, если это предусмотрено законодательством государства-члена) настоящего Положения, и незарегистрированных лекарственных средств под таможенные процедуры: выпуска для внутреннего потребления, переработки для внутреннего потребления, реимпорта, отказа в пользу государства и временного ввоза (допуска) осуществляется при предоставлении таможенному органу государства-члена заключения (разрешительного документа).

Помещение лекарственных средств в случае, предусмотренном подпунктом «з» п. 11 настоящего Положения (ввоз конкретной партии лекарственных средств, предназначенных для клинических исследований и (или) испытаний, если это предусмотрено законодательством государства-члена), под таможенные процедуры: выпуска для внутреннего потребления, переработки для внутреннего потребления, реимпорта,

отказа в пользу государства и временного ввоза (допуска) осуществляется при представлении таможенному органу государства-члена заключения (разрешительного документа).

При помещении лекарственных средств под таможенные процедуры:

- переработки на таможенной территории;
- таможенного склада;
- свободной таможенной зоны;
- свободного склада;
- уничтожения;
- таможенного транзита,
- а также зарегистрированных лекарственных

средств под таможенную процедуру временного ввоза (допуска) предоставление таможенному органу государства-члена сведений о включении в реестр или заключения (разрешительного документа) **не требуется**.

По материалам конференции в рамках III Всероссийского конгресса «Фармацевтическая деятельность и производство лекарственных средств в Российской Федерации: нормативно-правовое регулирование 2016»

Продолжение в МА №12/16

Марина МАСЛЯЕВА ■



ЛЕКСРЕДСТВА ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ КАЛЬЦИЕВО- ФОСФОРНОГО ОБМЕНА

Важной составляющей минерального обмена человека является кальциево-фосфорный обмен. От концентрации кальция в плазме и клетках зависят возможности сокращения мышечных волокон, нервно-мышечной передачи. Также этот минерал входит в состав костей и зубов, плотность которых зависит от его концентрации. Однако кальций не работает без связки с фосфором.

Именно соотношением этих двух минералов определяется способность кальция всасываться из кишечника и усваиваться тканями. Дефицит кальция и фосфора в организме проявляется двумя наиболее распространенными патологиями минерального обмена: рахитом и остеопорозом.

Рахит (от греч. *ράχις* – позвоночник) – заболевание детей грудного и раннего возраста с расстройством костеобразования и недостаточностью минерализации костей, ведущим патогенетическим звеном которого является дефицит витамина D и его активных метаболитов в период наиболее интенсивного роста организма. Однако и более старшие возрастные группы, живущие в северных широтах, не бывающие на свежем воздухе и испытывающие проблемы со сбалансированным питанием, могут заболеть рахитом. Наиболее частые проявления рахита: анемия, неврологическая симптоматика в виде повышенной возбудимости, раздражительности, гипермоторики и судорог у детей, снижения мышечного тонуса, повышенная потливость, нарушения аппетита, переваривания и всасывания (запоры), учащенные мочеиспускания, костные изменения в виде деформаций ребер, ключиц, запястий, формы головы, икс-образных или о-образных голеней, позднее прорезывание зубов, склонность к кариесу. В течении болезни выделяют стадию начальных проявлений, цветущего рахита (разгар) и период остаточных

костных деформаций. Основная причина рахита – дефицит витамина D (недостаточное поступление с пищей или проблемы усвоения), который определяет всасывание кальция и его усвоение тканями.

Остеопороз (лат. *osteoporosis*) – хронически прогрессирующее системное обменное заболевание скелета или клинический синдром, проявляющийся при других заболеваниях, который характеризуется снижением плотности костей, нарушением их микроархитектоники и усилением хрупкости, по причине нарушения метаболизма костной ткани с преобладанием катаболизма над процессами костеобразования, снижением прочности кости и повышением риска переломов.

В регуляции обмена кальция и фосфора участвуют *паратгормон, кальцитонин и витамин D*.

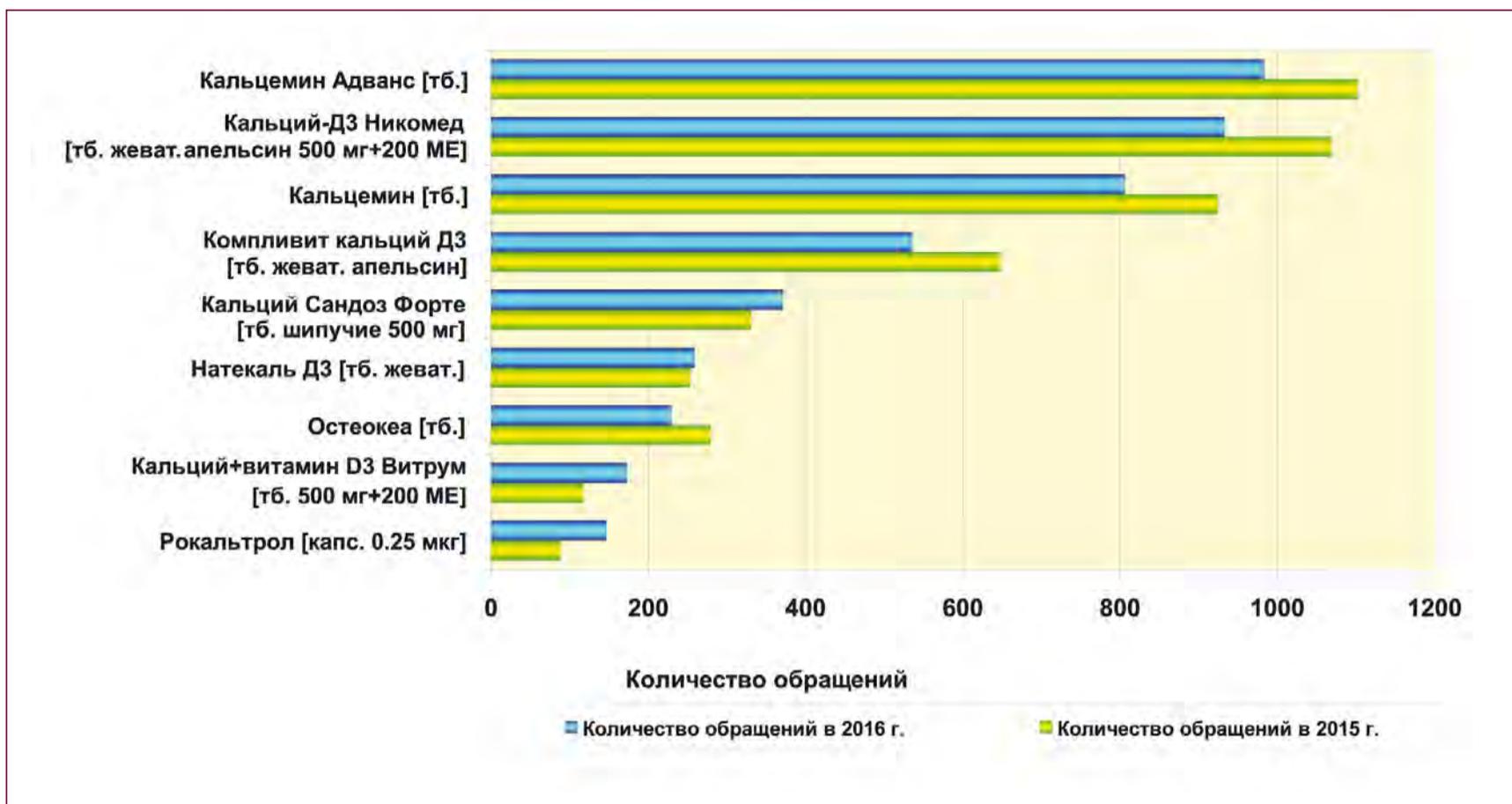
Паратгормон повышает уровень кальция в крови и одновременно снижает уровень фосфора.

Кальцитонин снижает уровень кальция и фосфора в крови, уменьшает активность остеокластов и, тем самым, снижает выделение кальция из костной ткани.

Витамин D относится к жирорастворимым витаминам; суточная потребность в нем составляет 25 мкг.

На сегодня критерием усвоения кальция считается только определение его уровня в плазме, т.е. нет скринингов, доступных на бытовом уровне. Без врачебного контроля

Рис. 1 СООТНОШЕНИЕ СПРОСА НА РЕГУЛЯТОРЫ Кальциево-Фосфорного Обмена в Октябре 2016 г. в Сравнении с Тем же Периодом 2015 г.



за лечением трудно добиться эффективных результатов и избежать рецидивов болезни.

Для мониторингового исследования спроса на регуляторы кальциево-фосфорного обмена были использованы данные, основанные на статистике обращений на сайт artekamos.ru

На *рис. 1* представлено соотношение спроса на препараты данной группы в октябре 2016 г. по сравнению с тем же периодом 2015 г. по торговым наименованиям. Наибольшим спросом пользуется препарат **«Кальцемин Адванс тб.»**. Применяется:

- для профилактики и комплексного лечения остеопороза различного генеза:
- у женщин в период менопаузы (естественной и хирургической);
- у лиц, длительно принимающих глюкокортикостероиды и иммунодепрессанты;
- в терапии заболеваний опорно-двигательного аппарата:
- для улучшения консолидации травматических переломов;

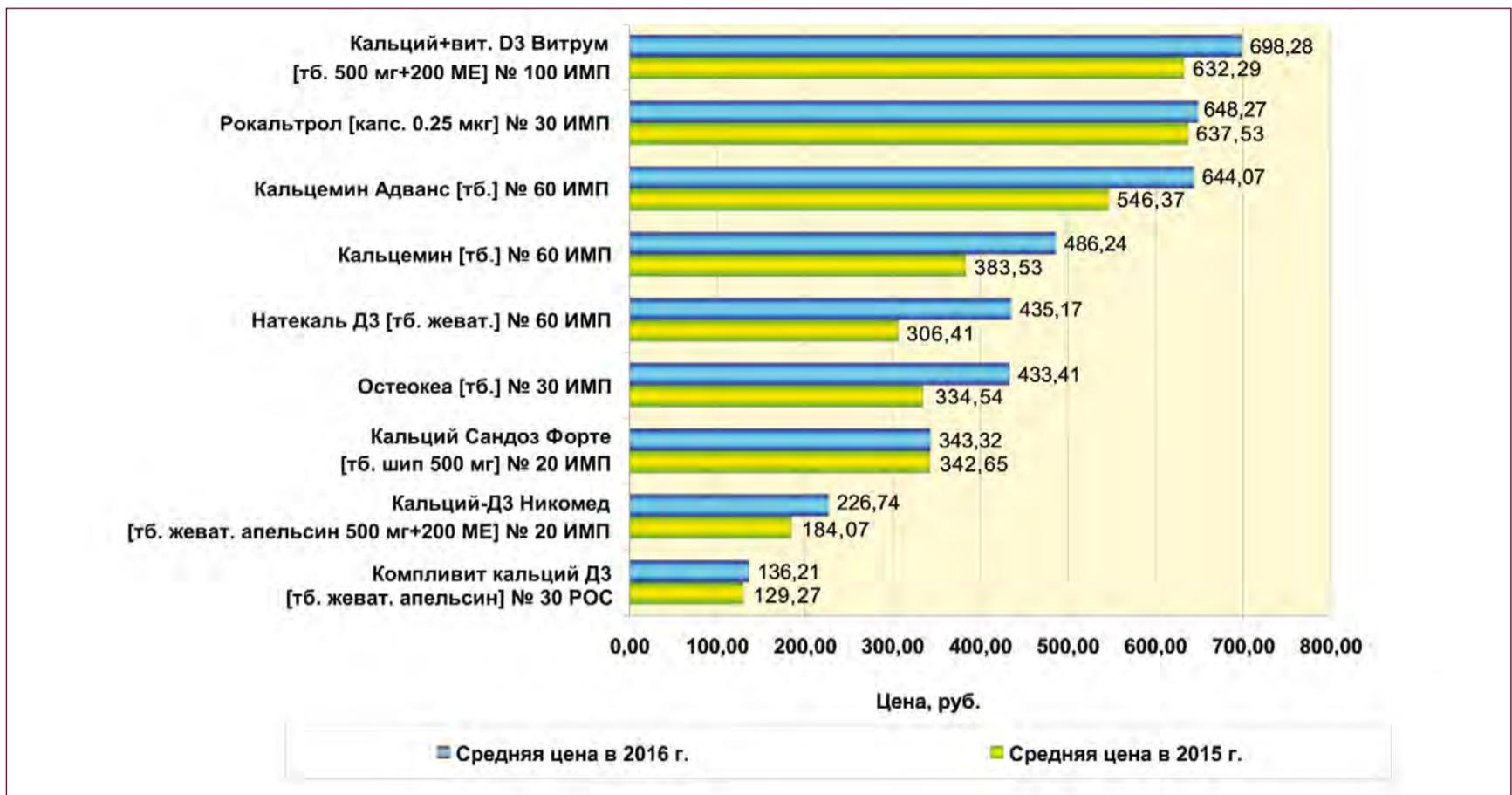
■ а также для восполнения дефицита кальция и микроэлементов у подростков.

Далее идет препарат **«Кальций-Д₃ Никомед жевательные таблетки»**, применяемый для профилактики и лечения дефицита кальция и/или витамина D₃, а также для профилактики и комплексной терапии остеопороза и его осложнений (переломы костей) – *рис. 1*.

На *рис. 2* представлено соотношение средних розничных цен на регуляторы кальциево-фосфорного обмена в октябре 2016 г. в сравнении с аналогичным периодом прошлого года. При анализе соотношения средних розничных цен можно отметить, что цена в 2016 г. повысилась в среднем на 16% по сравнению с прошлым годом.

Важно! Регуляторы кальциево-фосфорного обмена должны подбираться врачом. Бесконтрольный прием стимуляторов остеогенеза, витамина Д чреват повышенным отложением солей кальция в органах и мягких тканях с поражением сосудов, почек и сердца.

Рис. 2 **СООТНОШЕНИЕ ЦЕН НА РЕГУЛЯТОРЫ Кальциево-Фосфорного**
ОБМЕНА В ОКТЯБРЕ 2016 г. В СРАВНЕНИИ С ТЕМ ЖЕ ПЕРИОДОМ 2015 г.





ПОЛЕ, ОБЩЕЕ ПОЛЕ...

Первого января 2016 г. в странах Евразийского экономического союза должен был состояться запуск единого рынка лекарственных средств. Если подходить формально, то рынок можно считать действующим, реально – пока нет, поскольку по ряду вопросов сторонам еще не удалось достичь согласия. Тем не менее, уже многое сделано, и в первую очередь в правовом обеспечении общего рынка.

Рождественский Дмитрий

Заместитель начальника отдела координации работ в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий Департамента технического регулирования и аккредитации Евразийской экономической комиссии (ЕЭК)

Основным документом в рамках Евразийского экономического союза (далее Союз) является, собственно, Договор о Евразийском экономическом союзе¹, который вступил в силу с 1 января 2015 г. Статьи 30 и 100 этого документа декларируют формирование общего рынка ЛС и определяют начало его функционирования. В развитие договора принято Соглашение о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств в рамках Евразийского экономического союза, вступившее в силу 12 февраля 2016 г. Поскольку в момент подготовки Соглашения произошло присоединение к ЕАЭС Армении, был разработан отдельный Протокол о присоединении к Соглашению Республики Армения, который в настоящее время проходит процедуру ратификации в государствах – членах Союза. Это документы первого уровня.

К документам второго уровня относятся 23 нормативных акта: 4 решения Коллегии ЕЭК (далее Комиссия) и 19 решений Совета Комиссии. Решения Коллегии приняты, решения Совета согласованы, но их принятие несколько раз откладывалось из-за разногласий между государствами-членами по

вопросу взаимозаменяемости лекарственных препаратов (об этом чуть позже).

Эти 23 нормативных акта разделены на четыре больших блока. К общим документам относятся правила регистрации и экспертизы, требования к маркировке, критерии отнесения препаратов к безрецептурным, требования к инструкции по медицинскому применению и др. Остальные документы разделены на блоки по безопасности, эффективности и по контролю и обеспечению качества ЛП.

В процессе подготовки этих нормативных актов государства-члены пришли к выводу, что многие вопросы остаются за нормами регулирования. Возникла необходимость в разработке еще более узких нормативных актов. На 2016–2018 гг. был составлен план подготовки примерно из 68 документов, отнесенных к третьему уровню.

Более 20 документов относятся к производству лекарств: руководства по валидации процессов и производства, по фармацевтическим субстанциям, по асептическим процессам, по стабильности и срокам годности. 8 документов касаются разработки требований к растительным и гомеопатическим

ЛП, более 20 документов – доклинического и клинического изучения. И еще около 20 общих документов: руководства по составлению досье ЛП, процедуры инспектирования по правилам GCP и GVP, процедуры оценки периодического отчета по безопасности, плана управления рисками и др.

Данные документы сейчас разрабатываются, три из них уже вывешены на сайте ЕЭК для общественного обсуждения. Это – «Требования к воде, используемой для производства лекарственного средства», «Руководство по валидации процесса производства лекарственного препарата», «Требования к качеству лекарственного препарата с модифицированным высвобождением для приема внутрь».

Новые ЛП (являющиеся новыми в номенклатуре завода) могут входить на общий рынок ЕАЭС двумя путями: либо сразу проходить единую регистрацию и обращаться на рынке всех входящих в Союз стран, либо – через национальную регистрацию и заход на рынок государства-члена. Возможность у производителя осуществлять регистрацию препарата по национальным правилам сохраняется в течение 5 лет – с 1 января 2016 г. до 1 января 2021 г. В этом случае на ЛП будет выдаваться национальное удостоверение, и он сможет обращаться только в пределах одной страны.

До конца 2025 г. производители должны будут привести в соответствие с правилами Союза досье на ранее зарегистрированные препараты, которые обращаются на рынках входящих в него стран. Для этого разработана соответствующая процедура. Те лекарства, в отношении которых будет выполнено это условие, получат единое удостоверение и начнут обращение на общем рынке. В противном случае, независимо от того, какое (срочное или бессрочное) регистрационное удостоверение у препарата, с 1 января 2026 г. его оборот прекращается. Производство таких

лекарств не допускается, а остатки, находящиеся в реализации, останутся до конца своего срока годности.

Заявитель может выбрать один из двух вариантов **единой регистрации**: децентрализованную процедуру или процедуру взаимного признания. Он будет подавать регистрационное досье не в какой-то наднациональный орган, а в регистрирующий орган одного из государств – членов ЕАЭС, которое становится референтным. Остальные выполняют роль государств признания.

Референтное государство работает со всеми модулями досье, проводит аналитические исследования. Государства признания осуществляют оценку I и II модулей досье, а также оценку экспертного отчета.

Разница между процедурой взаимного признания и децентрализованной процедурой состоит только в одновременности или последовательности работы. При децентрализованной процедуре досье подается одновременно как в референтную страну, так и в страны признания. При процедуре взаимного признания заявитель подает досье сначала в референтную страну, а затем в страны признания по очереди в той последовательности, которую выберет самостоятельно. В первом случае регистрация займет 210 календарный дней, во втором – к этому сроку добавляется еще по 100 дней для каждого государства признания.

Подтверждение соответствия GMP и GCP – те вопросы, по которым долго не удавалось достичь согласия. В итоге было решено, что до конца 2018 г. любой производитель может представлять регистрационное досье, которое не содержит сертификата GMP Союза. Вместо этого производитель может представить национальный сертификат или отчет об инспекции. Сертификаты GMP России, Армении, Беларуси, Казахстана и Киргизии будут взаимно признаваться при осуществлении единой регистрации. При отсутствии национального сертификата GMP выполняется

обязательное инспектирование в рамках регистрации.

Представленные в досье клинические исследования (КИ) принимаются к рассмотрению в процессе экспертизы при соблюдении одного из следующих условий. КИ проведены до 1 января 2016 г. или продолжаются по состоянию на эту дату (набор пациентов не закрыт) на территории Союза. КИ проведены до 1 января 2016 г. в государствах – членах Международной конференции по гармонизации (ICH). Те исследования, которые спланированы после 1 января 2016 г., принимаются к рассмотрению, если они полностью или частично (как минимум одно) проведены на территории ЕАЭС. Если эти условия не выполняются, заявитель обязан провести минимум одно КИ на территории Союза или по решению уполномоченного органа провести инспекцию клинической базы.

Процедура приведения досье в соответствие с требованиями Союза для ранее зарегистрированных ЛП составляет 100 дней. Досье представляется в формате общего технического документа (ОТД). При этом IV и V модули не требуют переоформления, но их комплектация должна быть полной. Модули I, II и III изготавливаются в полном соответствии с правилами Евразийского экономического союза.

В России и в других странах Союза довольно много предприятий, которые выпускают традиционные, недорогие, востребованные населением ЛС (борную кислоту, активированный уголь, зеленку, йод, нашатырный спирт и др.), исчезновение которых из аптек может иметь негативный социальный эффект. Будет ли у этих предприятий возможность подтверждения регистрации таких лекарств, волнует и потребителей, и производителей. В прил. №1 к правилам регистрации есть отдельный раздел, который касается этих хорошо изученных лекарств. Он определяет, что досье должно готовиться упрощенно, в

сокращенном виде. Производители должны подтверждать востребованность этих ЛС на рынке, их идентичность, согласованность медицинских оценок.

Гомеопатические препараты также остались в правилах регистрации. Более того, для них предусмотрена процедура так называемого листинга – это списочная регистрация, когда производитель предоставляет одно досье на список лекарств.

В правилах регистрации прописан и механизм урегулирования споров. Если между государствами-членами в ходе экспертизы досье возникают разногласия, то производителю по умолчанию выписывается регистрационное удостоверение с указанием тех стран, которые одобрили досье. Далее сразу после этого запускается процедура урегулирования разногласий через экспертный комитет. Производитель может письменно отказаться от «частичного» регистрационного удостоверения и дожидаться решения экспертного комитета. На урегулирование спора отводится 60 дней. Если в течение этого срока государства-члены не приходят к согласию, то производителю выдается заключение, с которым он уже может обращаться в следующую инстанцию – Хозяйственный суд ЕАЭС.

Как уже было сказано, созданию единого поля в сфере обращения ЛС мешает проблема взаимозаменяемости. Она появилась неожиданно и уже в процессе подготовки всего пакета документов к финальному этапу. О необходимости оценки взаимозаменяемости ЛС заявила наша страна. Вначале предполагалось, что требования к взаимозаменяемости должны быть встроены в правила регистрации. Затем рассматривался вариант отдельного регулирования – с правилами определения этой взаимозаменяемости. В результате безуспешных попыток создать такой документ стороны пришли к выводу, что нельзя нормы взаимозаменяемости таблетированных препаратов

распространять на медицинские препараты в целом. И что должна быть отсылочная норма, которая позволяет государству проводить такую процедуру. В итоге было записано, что государство-член вправе проводить оценку взаимозаменяемости. Но при этом данная оценка не должна влиять на выдачу регистрационного удостоверения и последующее обращение ЛП на общем рынке.

Кроме того, Россия как страна, которая выполняет оценку взаимозаменяемости, должна в конце 2018 г. представить для всех государств – членов ЕАЭС развернутый доклад с изложением результатов национальной оценки взаимозаменяемости по различным группам препаратов.

Единственное, о чем сейчас идет спор, – стоит ли уточнять сегмент рынка, на котором проводится оценка взаимозаменяемости. Казахстан настаивает на том, чтобы был указан сегмент рынка, например, рынок закупок за счет средств бюджета. Россия выдвигает возражения, что не всегда это возможно определить в момент регистрации. Стороны пытаются достичь компромисса.

Документы, подготовленные и разрабатываемые Евразийской экономической комиссией, нужны для того, чтобы препарат вышел на рынок. После этого на его обращение может повлиять множество факторов, которые сложно предусмотреть. «Дьявол, как известно, кроется в деталях». А это и есть правоприменение. Чем глубже «погружение» в рынок, тем больше подводных камней препарат может встретить на пути.

Например, так называемое правило «третий лишний», установленное постановлением Правительства РФ от 30.11.15 №1289 «Об ограничениях и условиях допуска происходящих из иностранных государств лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд», которое вступило в силу с 1 января 2016 г. Суть его состоит в том, что, если поданы как минимум две заявки от российских производителей или производителей из стран – участниц ЕАЭС, то импортеры к закупкам уже не допускаются.

Тем не менее, этот же самый вопрос у наших соседей по ЕАЭС решается по-разному.

P.S. Общий рынок ЕАЭС сулит новые возможности и таит в себе определенные опасности. Кто-то видит в нем дополнительные возможности для развития бизнеса, кто-то не без оснований опасается усиления конкуренции. Тем не менее, общему рынку быть, и время, чтобы перестроиться, еще есть.

^[1] Государства-члены (в порядке вступления): Беларусь, Казахстан, Россия – с 1 января 2015 г., Армения – со 2 января 2015 г., Киргизия – с 12 августа 2015 г.

По материалам конференции
«Правовые вопросы фармацевтической отрасли»
(организатор – The Moscow Times)

Инга ЛОПАТКА ■



ИСКАЖЕННЫЙ ОБРАЗ ФАРМИНДУСТРИИ

Его представляют на своих ресурсах, в основном, неспециализированные средства массовой информации. Высокие цены на лекарства, громкие заявления руководства ФАС о нарушениях в отрасли, фальшивые препараты, которые якобы регулярно находят на аптечных полках, – наиболее популярные темы.

На круглом столе РАФМ специалисты в области PR и GR, представители профильных СМИ обсудили ряд вопросов, касающихся современного образа фарминдустрии в восприятии средств массовой информации и населения страны, соотношение негативных и позитивных ассоциаций в текущих публикациях, а также возможности фармотрасли защищать и управлять своей репутацией.

Отраслевые и общественно-политические СМИ, а это основные площадки для дискуссий, пишут (в порядке убывания) о ценах на лекарства, госрегулировании рынка лекарств, качестве и эффективности препаратов, доступности иностранных лекарств, импортозамещении в фармацевтике, вакцинах от эпидемий гриппа, финансовых показателях, новостях фармацевтических компаний и новых разработках в фармацевтике (эта тема на последнем месте). Такие выводы сделаны на основании исследования, проводившегося с января 2015 г. по 28 сентября 2016 г. Его результаты представили **Антон Муравьев**, директор Департамента по развитию общественных связей группы «Интеррос», и **Игорь Райхман**, генеральный директор коммуникационной группы «Византия». За указанный период исследования, опирающегося на материалы российских федеральных и региональных СМИ, доступных в системах мониторинга средств массовой информации «Медialogия», «Интегрум», Public.Ru, СКАН, в газетах и журналах, интернет-источниках, информационных агентствах, на ТВ и радио были опубликованы 36 526 материалов (из

5285 источников), полностью или частично посвященных российскому фармацевтическому рынку. Это более чем 12% от всего массива сообщений, содержащих слово «фармацевтика» и его производные (таких публикаций за тот же период более 300 тыс.).

Поводами для позитивных публикаций становились исследования и новые разработки, корпоративные, финансовые новости, вакцинация и новые вакцины, ряд государственных инициатив. В критических материалах затрагивались регуляторные инициативы, качество лекарств и цены на них, контрафактная продукция, доступность препаратов.

Эксперты отметили, что в долевого выражении у фармрынка наименьший показатель публикаций в деловых СМИ – всего 22%, тогда как у банковской сферы это 33,5%, у металлургии – 44,7%. Высокая социальная значимость фармрынка определяет заметный перекоп: нередко для медиа фармацевтическая отрасль – это не столько бизнес, сколько сфера, прежде всего, государственной активности, направленной на обеспечение граждан. Это подтверждается и тем, что наиболее активная общественно-политическая пресса цитирует, в основном, государственных чиновников.

Для примера: Президента РФ В. Путина цитировали более 2310 раз, министра здравоохранения В. Скворцову – 1721, главу Росздравнадзора – 387. В списке топ-спикеров нет ни одного представителя фармкомпаний, профессиональных ассоциаций, аптечного бизнеса.

МАСЛО В ОГОНЬ

«Масло в огонь подливаем, к сожалению, мы сами. Справедливый вопрос, а почему произошел такой рост цен на лекарства, не всегда получает ответ. Когда люди видят стоимость препарата для лечения в 2 млн долл., к примеру, они хватаются за голову, не понимают, как им быть», – сказал



Виктор Дмитриев, генеральный директор Ассоциации Российских фармпроизводителей (АРФП). Он добавил, что восприятие бизнеса не как партнера, а скорее как негативного героя, который делает больше

деньги на здоровье людей, к сожалению, характерно не только для российского рынка, но и для европейского. Там в обществе тоже ведется дискуссия о высокой стоимости инновационных препаратов, и, как отметил В.А. Дмитриев, «фармбизнес вынужден парировать, что он постоянно рискует. Разработка одного препарата дорогостоящее дело, инвестиции надо возвращать».

К тому же, вынося внутренние конфликты в Фарме во внешнее пространство, представители отрасли сами дают поводы для раздувания проблем в СМИ. Это и борьба между производителями дженериков и компаниями-оригинаторами, теми, кто работает по полному циклу, и теми, кто только упаковывает препараты в России, и раскрытие Ассоциацией иностранных фармпроизводителей (AIPM) информации о выплатах врачам, после чего среди последних разгорелась полемика, кому недоплатили, а кому и переплатили, и трата колоссальных средств на рекламу препаратов (по данным главы АРФП, в I квартале 2016 г. более 70 млрд руб. потратили на рекламу только российские компании) и т.п. К сожалению, в памяти людей чаще остается негативная информация. Генеральный директор АРФП напомнил, что многие СМИ цитируют слова руководства Федеральной антимонопольной службы о том, что в РФ цены на один и тот же препарат могут различаться в 160

раз. «Это помнят все, но никто не знает, что тот же ФАС развеял миф о том, что в России самые высокие цены на лекарства. По результатам сравнения цен на препараты для лечения 7 высокочувствительных нозологий в 43 референтных странах не выявлен ни один препарат, на который цены в РФ были бы самыми высокими. Никто не говорит, что сегодня фарма по добавленной стоимости отчасти является драйвером экономики, мы на втором месте после IT-отрасли», – пояснил В.А. Дмитриев. Он уверен, что внутри сообщества должен быть выработан кодекс, как себя вести на рынке, что выносить во внешнее пространство, а что нет.

ПИШУТ НЕ О ТОМ



О зашкаливании негативной информации в СМИ в отношении фармацевтической отрасли говорил и **Олег Фельдман**, управляющий директор компании Ipsos Healthcare.

К примеру, глава ФАС **Игорь Артемьев** объясняет высокие цены на лекарства сговором дилеров крупных фармацевтических компаний. В интервью федеральному телевизионному каналу он сообщил, что цены на лекарства, которые содержат одинаковые вещества, но продаются в России под разными торговыми марками, в некоторых случаях завышены в 160 раз. А также подчеркнул, что на российском рынке медикаментов существуют «тысячи картелей» и практически все тендеры проходят с нарушениями», так что можно говорить даже об «организованной преступности в этой сфере». Глава ФАС также упрекнул крупные зарубежные фармацевтические компании в «навязывании практик», которые ведут к увеличению стоимости лекарств в России.

О.П. Фельдман отметил, что, во-первых, на фармрынке не используется полусленговый термин «дилер», во-вторых, после таких заявлений должны были последовать соответствующие карающие действия буквально

на следующий день, и, в-третьих, за рамками дискуссии остается проблема – лекарства в России, в отличие от многих европейских стран, люди покупают за свои деньги, государство пока не решило вопрос лекарственного возмещения, что позволило бы снизить затраты потребителя на покупку препаратов.

В октябре глава государства попросил обратить внимание спецслужб на коррупцию в фармацевтике. Олег Петрович пояснил: позже оказалось, что речь шла о нарушениях в тендерах при госзакупках и об ответственности госслужащих за эти нарушения, но... тень на отрасль была брошена.

О.П. Фельдман считает, что в СМИ на тему фармотрасли пишут, мягко скажем, не о том, о чем надо было бы. «Я иногда недоумеваю, когда вижу некоторые публикации, то, о чем пишется в них», – сказал он. По мнению топ-менеджера компании Ipsos Healthcare, предметом профессиональной и общественной дискуссии должны быть затраты государства на здравоохранение, источники государственного финансирования, в т.ч. источники ФФОМС, стандарты оказания медицинской помощи и система их совершенствования, критерии оценки работы системы здравоохранения, приемлемость уровня затрат на здравоохранение.

Возможными темами для обсуждения могли быть стать публикации, разъясняющие, как работает фарминдустрия в целом, что такое индустрия инновационных препаратов (R&D), дженерических и безрецептурных препаратов, как формируется стоимость лекарственных препаратов, как обеспечивается качество лекарственных препаратов на производстве, как работает система

возмещения платежей в разных странах и мн. др.

Фактически отсутствуют темы для обсуждения: сколько стоит система лекарственного возмещения в масштабе страны, эффективно ли лечение льготными препаратами, чем лечат врачи и чем они хотели бы лечить, сравнение подходов к клиническим испытаниям в России и в других странах, развитие какой части фарминдустрии стимулирует программа импортозамещения, промежуточные итоги программы «Фарма-2020».

«Отечество, в данном случае фармотрасль, в опасности», – сказал О.П. Фельдман.

Восприятие фарминдустрии во многом зависит и от самого профессионального фармсообщества, от его умения расставлять акценты, оперативно предоставлять журналистам информацию, предлагать темы для публикаций не только рекламного, но и просветительского характера, активнее работать с журналистами неспециализированных СМИ (кстати, на заседании РАФМ таковых не оказалось, организаторы приглашать их не стали, заранее уверенные, что это бесполезно).

И только тогда в умах людей сложится мнение, что фарминдустрия – это не только зарабатывание денег, но и выполнение социальных функций: новые разработки, в результате которых появляются лекарства, спасающие миллионы жизней, образовательные программы для врачей, рабочие места, налоговые отчисления и понимание, что фарминдустрия – неотъемлемая часть системы здравоохранения.

Анна ШАРАФАНОВИЧ ■



ФАРМРЫНОК: В ОЖИДАНИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

По разным оценкам до 10% обращений на рынке лекарств и медицинских изделий составляет фальсифицированная или недоброкачественная продукция. Одним из способов действенной защиты является маркировка лекарственных препаратов.

Глушков Иван Анатольевич

Директор департамента внешних связей АО «Нижфарм» STADA CIS



От внедрения системы индивидуальной маркировки и мониторинга движения ЛП выигрывают и производители, и контрольно-надзорные органы, и потребитель. Производитель получает защиту от фальсификатов ЛП и их вторичного оборота, а также оперативный контроль за движением лекарственной продукции, что позволяет более качественно планировать производство. В сфере здравоохранения наиболее перспективным является двухмерный 051 матричный код. Он применим, когда на маленьком пространстве необходимо разместить достаточно большой объем информации.

Существуют четыре основных этапа внедрения системы индивидуальной маркировки и мониторинга движения лекарственных препаратов. Предварительный «инициативный» этап уже реализован. Нормотворческий (второй) этап представляет несколько разделов. Готовится к выходу с 1 января 2017 г. проект, в котором будут участвовать дюжина производителей, пять-шесть дистрибуторов и десятков аптечных сетей, выразившие согласие назначать в добровольном режиме маркировку нескольких своих препаратов. Актуальность пилотного проекта очевидна, и те компании-производители, которые решили не принимать в нем участие, сильно рискуют. Все производители, дорожащие своим авторитетом, заинтересованы в получении информации о движении произведенного

ими препарата на рынке. В рамках этого пилотного проекта проводится очень активная работа Росздравнадзором и его территориальными службами. В Федеральный закон №61 «Об обращении лекарственных средств» внесены соответствующие изменения. Законопроект «О маркировке товаров контрольными (идентификационными) знаками в Российской Федерации» ID 02/04/08-16/00052485, разработанный Минфином России, прошел все этапы согласования и, как нами уже отмечено, вступает силу с 1 января 2017 г.

25 октября 2016 г. президиумом Совета по приоритетным проектам и стратегическому развитию при Президенте РФ утвержден проект «Лекарства. Качество и безопасность», ему определено финансирование. На сайте Правительства РФ опубликован паспорт проекта. Новый проект разбит на два этапа. Первый этап начинается с 1 января 2017 г., завершится 31 декабря 2017 г. В этот период планируется провести на территории РФ эксперимент по маркировке контрольными знаками (RFID-метками) лекарственных препаратов для медицинского применения на добровольной основе на полной модели товарной цепи от производителя к конечному потребителю. Решено, что на первом этапе это будут препараты по программе «Семь высокотратных нозологий».

На втором этапе (с 1 января по 31 декабря 2018 г.) будет введена обязательная маркировка всех 100% лекарственных препаратов. Куратором проекта со стороны правительства назначена заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец, заказчиком выступает Минздрав России, руководителем проекта назначен первый зам. министра здравоохранения Игорь Каграманян. Ключевыми участниками проекта являются Минздрав, Росздравнадзор, Минпромторг, Минфин, Минкомсвязь и ФНС.

Результатом осуществления проекта должно стать:

- введение в эксплуатацию «федеральной государственной информационной системы мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя к конечному потребителю» ФГИС МДЛП. Планируется, что в системе будет задействовано свыше 350 тыс. участников, а также свыше 5 млрд упаковок лекарственных препаратов в год будет отслежено;

- предоставляется информационная справка неограниченному кругу потребителей (граждан) с целью проверки легальности лекарственных препаратов, находящихся в обращении;

- ФГИС МДЛП интегрирована с ведомственными информационными системами ключевых участников процесса маркировки;

- с использованием ФГИС МДЛП организован мониторинг срока годности ЛП, находящихся в обращении, осуществляется контроль изъятия и последовательного уничтожения недоброкачественных и контрафактных лекарственных препаратов.

Изменения в КоАП РФ установят административную ответственность за обращение ЛП без соответствующей маркировки, закрепят положения о лицензировании фармдеятельности.

Третий – организационный этап внедрения системы индивидуальной маркировки и мониторинга движения ЛП – включает разработку, установку и пусконаладку комплекса программно-технических средств. Основным оператором этой системы будет Минздрав России, основным пользователем – Росздравнадзор. По некоторым оценкам, затраты на создание производственной линии, способной наносить уникальный идентификатор на первичную упаковку, составят от 65 до 100 млн руб. в зависимости от типа лекарственной формы, включая затраты на изменение размера упаковки из-за недостаточности места на ней. К системе подключат производителей, организаторов оптовой торговли лекарственными препаратами, аптечные и

медицинские организации, участвующие в обороте ЛП. Заключительный этап промышленной эксплуатации предполагает полную функциональную эксплуатацию системы в ежедневном режиме с охватом всех участников рынка лекарственных препаратов, включая конечного потребителя.

В целом, разработанная Минздравом и представленная для обсуждения концепция системы мониторинга ЛП отражает современные подходы к планированию и реализации подобных систем. Однако существуют определенные риски. В частности, предполагаемые сроки не находят подтверждения в практике реализации подобных проектов в других странах мира. Международный опыт показывает, что разработка и поэтапное внедрение подобных систем мониторинга занимает в среднем от 6 до 12 лет. Евросоюз и за

восемь лет реализации проекта не может сделать то, что мы собираемся осуществить за 1,5 года. Основным риском представляется большое количество заинтересованных в реализации, но плохо понимающих фармотрасль провайдеров услуг и разработок в области IT. В любом случае необходимо предусмотреть время для тестирования системы или ее проработку в пилотном режиме. В противном случае вряд ли можно будет ожидать своевременного и экономически эффективного построения системы автоматизированного мониторинга ЛП, хотя в ее необходимости для защиты прав пациентов никто не сомневается.

По материалам II Международной конференции «Стандарты качества фармацевтической логистики»

Ольга ДАНЧЕНКО ■



ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СМЫСЛЫ. ЭПИЗОД III: НОВАЯ РОССИЯ

Продолжение, начало в МА №7/16

«Чтобы оставаться на месте, нужно бежать сломя голову, а чтобы двигаться вперед, надо бежать еще в два раза быстрее».

Льюис Кэрролл. «Алиса в стране чудес»

«Сегодня ни одно из направлений научно-технического прогресса не может быстро развиваться без международного сотрудничества, обмена научной и производственной информацией, выработки оптимальных концепций и, наконец, проведения совместных работ».

(В.А. Трапезников, лауреат Сталинской и Ленинской премий, Герой Социалистического Труда, первый заместитель председателя Государственного комитета СССР по науке и технике, академик АН СССР, цитата 1981 г. <http://pharmacologylib.ru/books/item/f00/s00/z0000022/st007.shtml>)

Гандель Виктор Генрихович

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

Конец XX в. для нашей страны ознаменовался тем, что никто не ожидал, – распадом СССР. Владимир Путин назвал эту драму «крупнейшей геополитической катастрофой века». В России (Российской Федерации), как стали именовать новое государственное образование, произошли глобальные, революционные изменения в общественной, политической, экономической, научной, культурной, религиозной и бытовой жизни.

В истории отечественной фармации наступил новый этап развития: административно-командная система управления, функционировавшая в течение десятилетий, была сломлена (рухнула). Переход к новым или точнее возврат к утраченным российским фармацевтическим смыслам произошел неожиданно, стремительно, без предварительной подготовки и без ясного понимания, как надлежит действовать.

При сохранении принципа государственного здравоохранения в дополнение к нему возникли принципиально иные формы оказания медицинской, фармацевтической и социальной помощи населению, основанные на постулатах рыночной экономики.

Возобновление рыночных отношений, прерванных в результате революционного переворота 1917 г., началось в 90-е гг.: фармацевтические производственные предприятия, складское хозяйство и аптечная сеть, функционировавшие в советское время как единый механизм, стали самостоятельными хозяйствующими субъектами рынка («упали в рынок»).

Одновременно с получением фармацевтическими учреждениями статуса юридического лица решался вопрос о характере их собственности: крупные государственные предприятия были приватизированы путем создания акционерных обществ, другие субъекты возрождающегося фармацевтического рынка представляли собой частные предприятия различных организационно-правовых форм.

Контрольные пакеты акций оказались сосредоточенными в российских финансовых корпорациях, в руках иностранных компаний или у частных лиц, что позволило им самостоятельно определять тактику и стратегию работы, размер и направление инвестиций, объемы производства и ассортимент

выпускаемой продукции, цены на большинство лекарственных средств, уровень заработной платы, собственных поставщиков и покупателей (таргетирование тех и других), штаты и пр.

В советское время эти важные параметры устанавливались централизованно государственными органами и закреплялись в нормативных документах: самостоятельность предприятий проявлялась лишь в принципе ограниченного хозрасчета, который предусматривал самокупаемость в «текущем моменте». Все это исчезло буквально «в один день».

В новую российскую «фармацевтику» метнулись «специалисты», мало что понимавшие в лекарствах и фармацевтической помощи, озабоченные лишь одним желанием – заработать «по-быстрому». Им вскружил голову тезис конца 80-х – начала 90-х гг. о том, что маржа при реализации лекарств соизмерима с таковой при продаже оружия, торговле наркотиками или «живым товаром». Автор этой сентенции неизвестен, но подозреваю, что он родом из Большой финфармы и поделился этим радостным наблюдением с кем-то из среднетрезвых европейских папарацци на очередном фуршете по поводу этой самой маржи. Упомянутый тезис гулял по страницам многих американских и европейских изданий не один год, попадает он и в нашей прессе^{1,2}.

Новоиспеченные отечественные «фармацевты», протиснувшись в «фармацевтику», стали не только генерировать маржу, но и оформлять себе кандидатские и докторские диссертации, кому-то это даже удалось. Не удивлюсь, если окажется, что это именно они ввели в оборот новояза этот бездарный термин, которому до сих пор никто не удосужился дать внятное, «научное» определение.

Собственность стала переходить из рук в руки, что не могло не сказаться на стиле работы, а также качестве выпускаемой продукции и услуг.

Варяги в «фармацевтике» быстро «обросли» непривычно крупными «фармацевтическими» капиталами, которым надо было

найти «достойное» применение. Многих распирало чувство вселенской значимости от того, что они «заняты богоугодным делом: спасают народ от вымирания» (или, если хотите, «сохраняют генофонд нации!»). Один из «спасателей» даже избирался депутатом Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации. Как грибы, стали появляться причудливые особняки, некоторые – с золотыми унитазами (извращенное понимание идеи богатства по В.И. Ленину)³.

В то же время в аптеках невозможно было найти большинство лекарств, которые сегодня есть практически в любом аптечном киоске. О существовании одноразовых средств женской гигиены и «памперсов» вообще не знал никто: население даже не догадывалось, что такое вообще возможно.

К концу 90-х почти полумиллионная армия фармацевтических работников страны оказалась в цепких лапах новоиспеченных частных: в аптеках, на складах, на фармацевтических предприятиях и производствах. В аптечных учреждениях и на некоторых складах это были, как правило, коллеги, совместившие собственность с руководством организации. На предприятиях оказалось сложнее: относительно небольшие команды профессионалов разбавлялись «ресурсами» со стороны, не имевшими, как правило, профильного образования, а в отдельных случаях – специального образования вообще.

В фармацевтическое дело влились потерявшие рабочие места врачи, учителя, медсестры, работники культуры (библиотек, клубов), демобилизованные, бывшие оперуполномоченные, отдельные служители культа (утратившие интерес к религии), гастарбайтеры и, не поверите, УДО (условно-досрочно освобожденные, но не фармацевты!), пока закон, точнее отсутствие такового, это разрешал.

В результате качество фармацевтического обслуживания резко ухудшилось, порой до неприемлемо низкого («мусорного») уровня, а бурная активность непрофессионалов привела к повсеместной имитации

фармацевтического дела, не преодоленной полностью и сегодня. Системно несложный стандарт GMP, к примеру, внедрялся годами с аргументацией о его «сложности» и «заоблачной» стоимости, что, конечно же, не соответствовало действительности: разруха, как обычно, «была в головах».

В наиболее тяжелом положении оказалась наука – матушка фармацевтических смыслов. Были свернуты перспективные фундаментальные и прикладные исследования, закрылись десятки отраслевых НИИ, тысячи ученых вынуждены были заняться непривычным бизнесом (чаще «челночным»), выехать за рубеж, потерять социальный статус. Многие остались без работы или оказались на грани выживания в нищете и забвении. Созданный в предыдущие годы научный потенциал был в значительной степени подорван или утрачен. Отдельным научным коллективам, благодаря грамотному управлению и выдержке, все же удалось выжить и худо-бедно включиться в рынок. Некоторые акционированные предприятия, чаще всего с целью подзаработать, уперлись в доведение производства до приемлемого для продажи уровня.

Количество лекарственных препаратов собственного производства на рынке сократилось до весьма низкого уровня с учетом того, что многие из них и без того морально устарели в условиях отсутствия доказательной базы. Технологии и оборудование выглядели удручающе, сотрудники – не лучше.

С приходом новых рыночных отношений обнаружили ранее не известные негативные моменты: галопирующий рост цен на лекарства; появление большого количества

контрафактных и фальсифицированных препаратов; недостаточное выделение средств в федеральном и региональных бюджетах и фондах обязательного медицинского страхования на закупку лекарственных препаратов и медицинских изделий; снижение ответственности со стороны органов государственной власти за выполнение продекларированных госгарантий; избыточное количество оптовых и розничных организаций; снижение моральных принципов в сфере функционирования фармацевтического рынка – девальвация фармацевтических смыслов, как ни горько это осознавать.

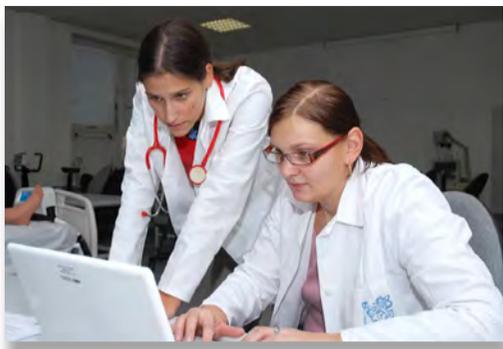
Все это хорошо известно, не раз обсуждалось и не требует дополнительных разъяснений. **Главное другое: российские фармацевтические смыслы оказались перед выбором, который может существенным образом повлиять на их дальнейшую судьбу или даже само существование, что непосредственным образом скажется на здоровье нашего народа.**

[1] Источник: <http://istoriirossii.ru/zarubezhnye/295-farmaczevticheskaya-promyshlennost-ssha.html?start=3>

[2] https://www.gazeta.ru/comments/2015/10/01_a_7789163.shtml

[3] 5 ноября 1921 г. – во времена НЭПа – Ленин опубликовал статью «О значении золота теперь и после полной победы социализма». В ней он пишет: «Когда мы победим в мировом масштабе, мы, думаю мне, сделаем из золота общественные отхожие места на улицах нескольких самых больших городов мира. Это было бы самым «справедливым» и наглядно-назидательным употреблением золота...» (В.И. Ленин. Полн. собр. соч., 5 изд., том 44, с. 225).

Окончание в МА №12/16



ДОПУСК К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕРЕЗ АККРЕДИТАЦИЮ

Современная фармацевтическая отрасль требует профессионалов самого высокого уровня, повышать который теперь надо постоянно, подтверждая квалификацию и с обязательной сертификацией.

УЧИТЬСЯ, УЧИТЬСЯ И УЧИТЬСЯ...

Практически всем, кто работает в организациях, входящих в разветвленный фармацевтический рынок, в той или иной степени известно, что в этой сфере происходят преобразования. В частности, особое внимание уделяется качеству подготовки кадров.

С 1 января 2016 г. вступил в силу Федеральный закон от 29.12.15 №389-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», которым внесены изменения в Федеральный закон от 21.11.11 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее ФЗ-323).

Законодательно закреплены следующие изменения:

- переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно с 1 января 2016 г. по 31 декабря 2025 г. включительно;
- сертификаты специалиста будут выдаваться медицинским и фармацевтическим работникам до 1 января 2021 г., а соответственно, право на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности на территории Российской Федерации на основании сертификата специалиста пролонгировано до 1 января 2026 г.;
- остальные категории лиц допускаются к медицинской деятельности через процедуру сертификации в соответствии с приказом Минздрава России от 29.11.12 №982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста»;

■ аккредитация специалиста проводится аккредитационной комиссией по окончании освоения им профессиональных образовательных программ медицинского образования или фармацевтического образования не реже одного раза в пять лет. Аккредитационная комиссия формируется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти с участием профессиональных некоммерческих организаций.

Статья 100 ФЗ-323 дополнена новой частью 1.1, регламентирующей этапность перехода к процедуре аккредитации специалистов с 1 января 2016 г. по 31 декабря 2025 г. Сроки и этапы указанного перехода, а также категории лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, определены Минздравом России в проекте приказа «Об утверждении этапов перехода к процедуре аккредитации специалистов».

Какие же инновации появились? Более подробно с изменениями и дополнениями знакомит директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России **Татьяна Владимировна Семенова:**

– Почему было решено проводить аккредитацию? Дело в том, что на протяжении 5 лет учебы в вузе и дальнейшей ординатуры именно учебное заведение оценивает знания слушателя и дает сертификат специалиста, а на «выходе» возникают проблемы. Выпускник приходит в компанию, где его знания оценивают как далекие от практической

деятельности и через корпоративный департамент образования предлагают учиться продавать лекарственные препараты.

Благодаря аккредитации, подчеркнут, профессиональное сообщество оценивает работу вуза, поскольку оно является потребителем той услуги, которую оказал вуз, подготовив молодого специалиста.

ЭТАПЫ БОЛЬШОГО ПУТИ... СЕРТИФИКАЦИИ

Определено четыре этапа сертификации фармацевтических работников:

- первый этап стартовал 1 января 2016 г. Он предназначен для специалиста, получившего высшее образование по основным образовательным программам в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами по специальностям «Фармация» после 1 января 2016 г.;

- второй этап начинается с 1 января 2017 г. и касается специалистов, получивших высшее образование по основным образовательным программам в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами по специальностям укрупненной группы после 1 января 2017 г.;

- начало третьего этапа приходится на 1 января 2018 г., и предназначен он для специалистов, получивших высшее образование по программам подготовки кадров высшей квалификации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами по специальностям укрупненной группы специальностей «Здравоохранение и медицинские науки» после 1 января 2018 г. Этот этап относится и к тем, кто получит после 1 января 2018 г. высшее образование по основным образовательным программам в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами по специальностям укрупненной группы специальностей «Здравоохранение и медицинские науки» (уровни «бакалавриат», «магистратура»), среднее профессиональное образование;

- четвертый этап стартует 1 января 2021 г. и относится к специалистам, не перешедшим

к процедуре аккредитации специалистов на 1–3 этапах.

Процедура первичной, в т.ч. и специализированной аккредитации (проводится аккредитационной комиссией), представляет собой трехэтапный экзамен. Первый тур этого экзамена представляет собой тестирование, которое составлялось профессиональным сообществом, – это более 3,5 тыс. тестовых заданий, каждое из которых включает четыре варианта ответов. Эта базовая система была размещена в открытом доступе на сайте Минздрава России. Была создана и тренинговая система на базе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Чтобы сдать этот экзамен, нужно дать не менее 70% правильных ответов. Второй этап (профильный) представляет собой испытание, где высшее профессиональное сообщество определяет те знания и навыки, которыми должен владеть провизор. Те, кто успешно проходит второй этап, допускаются к третьему, предусматривающему решение ситуационных практико-ориентированных кейсов. Уже в этом году прошел так называемый пилотный вариант трехэтапной первичной аккредитации. Ее содержательная часть в дальнейшем будет дорабатываться с участием представителей некоммерческих фармацевтических сообществ. Когда мы полностью перейдем на процедуру аккредитации, станет необходимо создание аккредитационных центров, которые будут действовать в течение всего рабочего года.

ПЕРЕХОДИМ К НЕПРЕРЫВНОМУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ

Выдача сертификатов специалистам была пролонгирована до 2021 г., а право на осуществление деятельности на основе сертификата специалиста – до 2026 г., что было связано с необходимостью постепенного и плавного вхождения действующих в отрасли сегодня специалистов в новые требования оценки квалификации через процедуру непрерывного специального образования, которая полностью обновляется.

Это значит, что в течение 5 лет фармацевтический работник, принявший решение пройти аккредитацию, должен накопить около 250 часов профессиональной активности, состоящих из нескольких сегментов. При этом стопроцентного дистанционного участия быть не должно. А вот, например, участие в профессиональной конференции, в которой есть образовательная составляющая, может быть засчитано как сегмент непрерывного образования. Велика и миссия Совета по профессиональной квалификации в области фармацевтики (СПК). Да и у Минздрава сейчас насчитывается 122 провайдера образовательных услуг в области медицины и фармацевтики.

ВСЕРЬЕЗ И НАДОЛГО...

Решением Национального совета при Президенте Российской Федерации по профессиональным квалификациям от 23.11.15 одобрено создание Совета по профессиональным квалификациям в области фармации под руководством Союза «Национальная Фармацевтическая палата» (НФП), что, в свою очередь, подчеркивает важную роль фармацевтической отрасли в системе здравоохранения России.

НФП наделен серьезнейшими полномочиями Совета по профессиональным квалификациям, а именно:

1. Проведение мониторинга рынка труда, потребности в квалификациях, появления новых профессий, изменений в наименованиях и перечнях профессий в области фармации.
2. Разработка, актуализация и организация применения профессиональных стандартов в области фармации.
3. Разработка, актуализация и организация применения квалификационных требований в области фармации.
4. Участие в определении потребностей в образовании и обучении, разработке

образовательных стандартов профессионального образования, в обновлении и профессионально-общественной аккредитации профессиональных программ в области фармации.

СПРАВКА

В состав Совета по профессиональной квалификации в области фармацевтики (СПК) входят 22 участника. Это и профессиональные сообщества, и общественные организации, и некоммерческие структуры, и ведущие образовательные и научные организации, промышленные кластеры, производственные предприятия. Все, кто связан с фармацевтической деятельностью. Совет состоит из 6 комитетов, каждый из которых в том или ином аспекте занимается кадровыми вопросами. Так, за год своей деятельности СПК описал 13 профессий в области фармацевтики. Это – обновление справочника, в который входит список востребованных на фармацевтическом рынке труда профессий, а также перспективных и новых профессий. Надо сказать, что разработки СПК легли в основу профессиональных стандартов специалистов фармакологических профессий (от сотрудников научных лабораторий до аптечных работников). Эти стандарты уже прошли профессиональное и общественное обсуждение. Наряду с этим члены Совета возглавили квалификационные комиссии в 52 образовательных организациях РФ, а также принимают участие в проведении добровольной независимой оценке квалификации молодых специалистов. В планах СПК – серьезная и непрерывная работа по совершенствованию процессов подготовки кадров для всех участников фармацевтического рынка.

По материалам секции в рамках XVIII Всероссийской конференции «ФармМедОбращение 2016»

Марина МАСЛЯЕВА



«В ЗДРАВООХРАНЕНИИ МАССА ЗОН НЕЭФФЕКТИВНОСТИ»

В СМИ прошла информация о планах правительства России сократить в 2017 г. расходы на здравоохранение на треть. На самом же деле это не так, расходы даже увеличатся. Об этом МА сообщила директор Института экономики здравоохранения (Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики») **Лариса Попович**. Она также рассказала о судьбе пилотного проекта лекарственного возмещения, неэффективности системы ОМС, а также о том, что заявления производителей о нерентабельности выпуска дешевых препаратов – это попытка выбить у государства дотации, а пересмотреть надо бы, прежде всего, управленческий потенциал предприятий, которые их выпускают.



Лариса Дмитриевна, будут все-таки сокращены расходы на медицину или нет, и какие сферы здравоохранения могут оказаться под ударом?

Расходы на медицину в консолидированном бюджете будут увеличены в номинальном выражении, но не в доле от ВВП, нет. Другой вопрос, хватает ли этого? Хотелось бы, чтобы денег в системе здравоохранения было больше, но я всегда говорю о том, что мы реально не очень хорошо представляем себе масштаб недофинансирования, не

знаем, сколько денег в системе, связанной с охраной здоровья, у нас есть. Мы не учитываем огромный пласт финансирования, который проходит мимо учета в системе государственного финансирования: это расходы корпораций на программы оздоровления своих сотрудников, на поддержание ими санчастей и медкабинетов, это ведомственная медицина (одно только Минобороны имеет колоссальный бюджет на систему здравоохранения, а есть еще клиники МВД, РЖД, других министерств и т.п.). Прибавьте к этому частную систему здравоохранения, благотворительные организации, частные платежи граждан, всевозможные виды страхования, связанные с ущербом здоровью (на

транспорте, ОСАГО в части здравоохранения, страхование от последствий профзаболеваний, обязательное страхование здоровья отдельных категорий работников), расходы научно-исследовательских организаций на проведение клинических испытаний, т.е. новых видов лечения. Все это деньги, которые так или иначе направляются на поддержание здоровья населения и, безусловно, должны учитываться и координироваться с точки зрения эффективности их расходования на цели здравоохранения в целом.

Я говорю о необходимости учитывать эти деньги потому, что считаю раздробленность финансовых потоков системы здравоохранения одной из серьезных «зон неэффективности», которая особенно неприемлема в кризисных условиях, тем более с учетом состояния здоровья нации. В последнем рейтинге, подготовленном на базе данных ООН, Россия занимает 119-е место из 184 по показателям здоровья. Это плохое место, недостойное тех огромных усилий, которые предпринимаются для улучшения здравоохранения ведомственным министерством. Нам всем нужно консолидировать усилия и интегрировать финансы на реализацию планов, связанных с сохранением и улучшением здоровья нации. Правильно ли нами выбираются приоритеты – вопрос отдельный, но то, что до сих пор существует масса «зон неэффективности», – это несомненно.

Все страны сейчас пытаются не столько найти дополнительные деньги на здравоохранение (их всегда и всем не хватает), сколько закрыть «дыры неэффективности» своих систем здравоохранения. В сфере высоких технологий неэффективность связана, прежде всего, с тратой ресурсов, которые нужно концентрировать и рационально направлять, не распыляя на мелкие больницы, где помощь в принципе не может быть качественной. Высокотехнологичная помощь в настоящее время стала сферой индустриальной, где лечение оказывается с помощью самого продвинутого оснащения самым сложным больным, которые доставляются со всех концов страны. Только при

постоянном потоке больных можно гарантировать рост квалификации и качества врачебной помощи. Вряд ли можно рассчитывать, что в районной больнице окажут помощь на уровне мировых центров. А некачественная помощь – это потери для государства.

Однако высокотехнологичная помощь – это, как правило, упущение первичного звена, упущение на этапе диагностики и профилактики. И здесь у нас тоже очень серьезные проблемы с эффективностью.

Наша российская оптимизация здравоохранения, которая, несомненно, имеет правильную идеологическую основу, плохо укладывается в умах населения. И это справедливо, поскольку закрытие отдельных больничек должно быть обосновано, доходчиво объяснено населению и обязательно должно сопровождаться изменением транспортных потоков для сохранения доступности помощи.

Безусловно, «зонами неэффективности» также являются системы государственных закупок оборудования и лекарств. Но это отдельный разговор. Сначала нам все же нужно определить «масштаб бедствия» и определить, сколько реально денег нам нужно, туда ли мы их тратим, правильно ли мы выбираем приоритеты и учитываем ли все аргументы для выбора направлений финансирования, и тогда уже обсуждать, сколько нам не хватает и с помощью какого механизма их добывать.

Если же под давлением обстоятельств придется сокращать расходы на здравоохранение (думаю, что этого не произойдет, но все же...), то, как мне кажется, под ударом в первую очередь окажутся сферы, связанные с реабилитацией. Уже сейчас уменьшаются затраты на санаторно-курортную помощь, которая является неотъемлемой частью медицинской помощи. Однако в этой сфере сейчас есть возможность привлечения дополнительных средств из внебюджетных источников, просто нужно скорее разворачиваться к ним. К сожалению, мы недооцениваем важность и экономический потенциал этого направления. Развитие медицинского

туризма в сфере реабилитации может стать серьезным «ценностным предложением» страны для мировой системы охраны здоровья.

Надеюсь, что уменьшение расходов на медицинскую науку будет компенсировано Минобразования. Однако пока расходы на здравоохранение растут. Другой вопрос, что значительные суммы будут поглощаться заработной платой врачей, и Минздрав заявлял, что не будет хватать денег на лекарства, медоборудование, на содержание зданий и сооружений. В такой ситуации нужно как можно быстрее переводить эти направления на сервисную модель, т.е. не тратить на это основные средства государства, а переходить на модель, когда здравоохранение оплачивают ОРЕХ (операционные расходы, от англ. *operating expenses*) любому поставщику, выбираемому на конкурсной основе, и как можно активнее привлекать современные механизмы конкурентного взаимодействия с бизнесом. Я имею в виду не только государственно-частное партнерство, но и современные модели социальных бондов и др. финансовых инструментов.

Будет ли, на Ваш взгляд, пересмотрена система ценообразования на лекарственные препараты из Перечня ЖНВЛП? Российские производители давно ратуют за повышение цен на препараты стоимостью до 50 руб.

Считаю, что вся концепция ценообразования должна быть пересмотрена, но, насколько я знаю, вице-премьер Правительства РФ Ольга Голодец заявила, что сейчас цены на эти препараты будут просто заморожены.

Тем не менее, вопрос о ценах на препараты нижнего ценового сегмента требует более глубокого изучения с точки зрения оценки управленческого потенциала предприятия, которое их выпускает. Одни и те же позиции у одного производителя рентабельны, а у другого – не рентабельны, и те начинают выбивать из государства дотации на производство. А это опять приведет к росту цен

на препараты и повторной необходимости предпринимать какие-то действия в отношении их.

Мне представляется, что решение проблемы повышения рентабельности выпуска этих препаратов лежит в плоскости введения возмещения потребителям стоимости именно этих дешевых препаратов. Вполне возможно, что деньги, которые планируется направлять на субвенции производителям, лучше было бы направить на субвенции потребителям, просто дать возможность в пределах 50 руб. компенсировать стоимость препарата, и тогда люди сами выбирали бы дешевые препараты, и увеличился бы объем их потребления, и производители имели бы гарантированный объем поставок. Это совершенно по-другому развернуло бы всю экономику данного ценового сегмента.

Часть дешевых лекарств уже не выпускается. Как это скажется на потребителях?

Не совсем так. Производство тех препаратов, которые отказываются выпускать некоторые наши предприятия, взяли на себя, например, белорусы, часть препаратов этой ценовой категории импортные. Всегда есть возможность найти варианты, просто их нужно искать, а не идти по самому простому пути – по пути обеспечения запросов производителей. Одни и те же позиции у производителей, повторюсь, имеют совершенно разную рентабельность, что говорит о разных управленческих решениях при выпуске препаратов.

На какой стадии находится сегодня пилотный проект лекарственного возмещения? Будет ли он реализован в следующем году и как в целом повлияет на российский фармрынок?

Лекарственное возмещение – это тема, которой мы в Институте плотно занимаемся с нашими технологическими партнерами и Минздравом. Совместно мы разработали всю схему реализации пилотного проекта,

связанного с возмещением стоимости лекарственных препаратов людям, перенесшим операцию аортокоронарного шунтирования. Расчеты (а по каждой территории они будут свои, потому что речь идет о годовой программе) показывают, что для программы понадобятся 4 млрд руб., о чем заявил Минздрав. Из них 2 млрд руб. – государственные средства и 2 млрд – сумма соплатежей населения. Мы подтверждаем, что программа укладывается в эти цифры, но нам представляется, что система, которая уже находится на стадии нормативного документа (хотя эти 2 млрд руб. пока не найдены), все равно требует расширения, потому что экономическая эффективность такой модели куда меньше, чем экономическая эффективность лекарственного возмещения, например, для детского населения, которое требует 20 млрд руб., но при этом дает 4 руб. на 1 руб. вложения.

Так что пока проект находится на этапе согласования и поиска финансовых ресурсов. Хотя полностью готовы и сама модель, и программные продукты, которые могут ее поддерживать и могут быть быстро внедрены, и документы для регионов по внедрению программы.

Есть решение, что с 1 января 2017 г. вся Россия должна внедрить пилотный проект лекарственного возмещения, но будет ли он реально внедрен – в этом у нас уверенности нет. Хотя Минздрав России время от времени и возвращается к этому вопросу, но вынуждена констатировать, что пока все зависло на уровне возможности получения денег из Федерального фонда, может быть даже, это все зависло до момента принятия бюджета.

Если деньги не будут найдены, пилот пойдет сложнее, за счет средств регионов, но несколько регионов все равно проявили интерес, потому что тема возмещения позволяет уйти от неповоротливой системы госзакупок лекарственных средств, которая относится к очень значимой «зоне неэффективности». В новой модели речь пойдет о возмещении стоимости препаратов, находящихся в свободной продаже.

Реализация пилотного проекта позволит проработать нужные нам механизмы для дальнейшего внедрения системы лекарственного страхования или возмещения, название не имеет значения. В любом случае это приведет к повышению доступности лекарственных средств, что всегда хорошо.

Доживем ли мы до того момента, когда лекарственное возмещение затронет всех?

Я не теряю оптимизма. Один из самых серьезных недостатков системы здравоохранения нашей страны – низкая экономическая доступность лекарств в амбулаторном звене. Сейчас обсуждается рост смертности по некоторым нозологиям, в т.ч. на дому, так вот он связан во многом с тем, что люди занимаются самолечением или вообще не лечатся и не покупают лекарств, потому что они дороги. Мы теряем значительно больше, чем приобретаем, из-за того, что экономим на возмещении стоимости лекарств. Эксперты продолжают поднимать тему недоступности лекарств в амбулаторном звене, но нам необходимо концентрировать общественный запрос на модель лекарственного возмещения. Пока общество не понимает важность этого решения, власть не слишком активно им занимается. Тему лекарственного возмещения надо чаще поднимать, в т.ч. и в СМИ, объединить усилия всего общества.

Что Вы думаете по поводу полемики в среде экспертов, депутатов о неэффективности системы ОМС?

Я считаю несомненным тезис о том, что система ОМС абсолютно не эффективна. В том виде, в каком она существует сейчас, она не нужна ни потребителям, ни медицинским учреждениям, ни самим страховым компаниям. Последние давно перестали выполнять те функции, ради которых система ОМС вводилась. Никаких конкурентных механизмов в системе ОМС среди страховых компаний в принципе нет. Конкуренция среди медицинских учреждений – вещь неоднозначная, и

непонятно, нужна ли она при решении глобальных государственных задач. Она, возможно, нужна в системе добровольного медицинского страхования. Считаю, что попытки ввести сейчас институт страховых представителей – этот всего лишь способ реанимации или придания какого-то импульса отжившему, точнее, неудачно созданному институту страховых организаций, их просто пытаются нагрузить хоть чем-то. Сейчас, когда полисы в основном выданы, а основные функции, за которые они отвечали, уже исчезли, непонятно, зачем общество продолжает финансировать (причем довольно неплохо) этот механизм. Это – очень искусственная вещь. Убеждена, что вся затея со страховыми представителями не сработает, только будут потрачены деньги впустую.

Считаю, нужно полностью трансформировать систему обязательного медицинского страхования. Есть разные варианты, но в любом случае в системе обеспечения государственных гарантий со стандартами оплаты и предоставления медицинской помощи страховые компании только мешают процессу и просто запутывают финансовые потоки. Система деструктивна, поэтому требуется полностью пересматривать и задачи системы ОМС, и порядок ее реализации. И серьезно обсудить, а нужны ли нам в системе обеспечения государственных гарантий страховые посредники. Здесь есть, о чем говорить. Система доведения денег через ОМС нуждается в пересмотре, переоценке и трансформации, особенно сейчас, когда нужно аккумулировать и интегрировать все средства, направлять их координированно. Страховые компании в этом смысле только мешают, распыляют ресурсы и вносят информационный шум в систему.

Расскажите, пожалуйста, над какими еще проектами Вы работаете как эксперт, представитель Высшей школы экономики.

Возглавляемый мною Институт экономики здравоохранения работает над значи-

тельным числом тем, причем не только по здравоохранению. Наша любимая тема – это оценка экономической эффективности региональных систем здравоохранения, корпоративных оздоровительных программ, отдельных направлений, лекарственных средств и технологий, анализ ущерба от тех или иных заболеваний. На основе сравнительной эффективности разных направлений вложений ресурсов мы рассчитываем возврат на инвестицию в ту или иную технологию, помогаем формировать систему приоритетов для достижения наилучшего эффекта с точки зрения здоровья. Это то, чем мы очень любим заниматься и считаем крайне перспективным направлением.

У нас есть очень интересные данные об уровне возврата на инвестиции в раннюю диагностику и лечение тех или иных заболеваний, на вложение в лекарственные препараты, что является более высоким уровнем фармакоэкономики. Фармакоэкономикой в общепринятом понимании мы тоже занимаемся, но считаем, что сейчас она необходима в более широком смысле. Стандартная фармакоэкономика – это всего лишь часть комплексной системы оценки медицинских технологий и социально-экономической эффективности системы здравоохранения. Кроме этого, сотрудники Института экономики здравоохранения как члены Экспертного совета при Правительстве РФ разрабатывают стратегии для региональных систем здравоохранения и санаторно-курортной помощи, работают с Минздравом над Стратегией здорового образа жизни и борьбы с неинфекционными заболеваниями, подкрепляя это экономическими аргументами для лиц, принимающих решения.

Есть в институте и отдельное направление, связанное с развитием телемедицинских технологий. Планируем совместно с несколькими вузами заниматься подготовкой кадров в системе аккредитации (образовательные программы для аккредитации и реализации профессиональных стандартов). Много времени у нас уходит на экспертную и аналитическую работу по развитию

систем социальной помощи и реабилитации, в т.ч. в рамках Агентства стратегических инициатив.

В рамках взаимодействия с Минздравом сотрудники участвуют в разработке подходов к специфическим моделям государственно-частного партнерства в здравоохранении. Кроме того, мы занимаемся научными исследованиями в сфере новых технологий здравоохранения. Недавно завершили очень интересную работу совместно с РВК по прогнозу научно-технологического развития российской системы здравоохранения до 2035 г. И, конечно же, наша экспертная

работа связана с самыми разными документами правительства, в т.ч. бюджетными.

Если обобщить, то Институт занимается широким спектром экспертных и прикладных исследований, осуществляет оценки социально-экономической эффективности и объемов ущерба от тех или иных заболеваний и, пока в меньшей степени, конкретными технологическими разработками, связанными с информационными и образовательными технологиями. Но эти направления мы в ближайшее время тоже усилим.

Анна ШАРАФАНОВИЧ ■



КОГДА ТАБЛЕТКА ДОРОЖЕ ЧЕЛОВЕКА

Только пять процентов россиян никогда в жизни не платили за лечение. Получить льготное лекарство – тоже на грани фантастики. Лишь у 4,6% пациентов получается выполнить эту задачу легко и с первого раза.

Таковы результаты недавнего исследования, проведенного Лигой защитников пациентов и посвященного доступности медицинской и фармацевтической помощи. Впервые они были представлены на прошедшем в Москве IV Всероссийском конгрессе «Право на лекарство».

ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ – ЕЩЕ НЕ НУЖНО, ДЛЯ ЖИЗНИ – УЖЕ НАДО!

«У простых неделовых людей денег стало еле-еле хватать на насморк», – писал три года назад известный писатель-сатирик новоиспеченной главе Счетной палаты (а в недавнем прошлом – министру здравоохранения РФ) Татьяне Голиковой. В 2016-м эта шутка уже не кажется смешной.

А пациента уже не смущают два рядом стоящих вопроса в анкете: по какой цене вы не смогли бы купить лекарство, от которого зависит ваше здоровье? Какой будет максимально «подъемная» для вас стоимость препарата, от которого зависит ваша жизнь?

Участники исследования даже не заметили, что формулировки вопросов можно посчитать некорректными, но заметили, что препарат «для здоровья» можно приобрести

максимум за три тыс. руб. Вторым по популярности ответом стала тысяча.

На лекарство, спасающее жизнь, наш человек готов собрать полмиллиона. На втором месте – совсем другая сумма: тридцать тыс. руб.

Что означают слова «для улучшения здоровья» и «для спасения жизни»? Почему пациенты считают эти понятия абсолютно разными? Наши с вами родители, супруги и дети, наши с вами друзья, коллеги и хорошие знакомые убеждены здравоохранением, что на себе и близких надо экономить до последнего. Если человек «немножко плохо себя чувствует», можно обойтись без лекарства, даже если его назначал кардиолог. От препаратов отказываются даже те, кто месяц назад прошел стентирование или аортокоронарное шунтирование, – «операция прошла успешно, чувствую себя

хорошо, а таблетки уж больно дороги». И только когда речь идет о диагнозах, которые многие не решаются назвать вслух, семья и общественность начинают собирать те самые суммы, которые не жалко для спасения жизни.

В поведении отечественного пациента, как в зеркале, отразилась главная стратегия отечественного здравоохранения: сэкономить здесь и сейчас, невзирая на последствия в не таком уж и отдаленном будущем.

МЕНЕЕ МИНИМУМА

«Рациональная фармакотерапия не означает ни отказа от дорогостоящих технологий, ни их обязательного применения. Нельзя ставить здесь знак равенства, равно как и перечеркивать его», – предупреждает **Лилия Селимзянова**, ведущий научный сотрудник Научного центра здоровья детей, врач-пульмонолог, аллерголог-иммунолог, клинический фармаколог, к.м.н. и ассистент кафедры педиатрии и детской ревматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. А 78,8% жителей России констатируют: цена – тот самый барьер, из-за которого мы не сможем купить лекарство.

Когда речь идет о лечении детей, недоступность фармацевтической помощи чаще бывает не финансовой, а физической. Число препаратов, разрешенных для применения в педиатрии, в нашей стране – меньше того минимума, который утверждает Всемирная организация здравоохранения. Из-за фактического уничтожения рецептурно-производственных отделов дети лишены необходимого им лечения. Лет сорок назад микстуру для малыша мог приготовить едва ли не каждый провизор... Увы.

Что касается промышленного производства, то клинические испытания педиатрических средств фармацевтическим компаниям долгое время были невыгодны, замечает исполнительный директор Ассоциации организаций по клиническим исследованиям **Светлана Завидова**. Фармацевтические производители неохотно брались за детские исследования по одной

простой причине: аудитория пациентов мала, а вопросов и сложностей очень много.

В некоторых странах в процессе клинических исследований стал обязательен так называемый *pediatric investigation plan*: в период подготовки к выводу на рынок нового препарата фармкомпания необходимо ответить, будет ли впоследствии возможно применять его в педиатрии.

ЗДОРОВЫХ ВТОРОКЛАШЕК – 0%

Индивидуальная диагностика, аллерген-специфическая иммунотерапия, особые методы искусственной вентиляции легких, менее травматичные для детского организма... Все это жизненно важно. Абсолютно здоровых детей – менее 5% даже среди первоклассников. «К концу первого года обучения в результате нагрузок и сидячего образа жизни процент полностью здоровых детей сокращается с 4,3 до 0%», – отмечает президент Европейской педиатрической ассоциации, председатель Российской академии педиатрии, акад. РАН **Лейла Намазова-Баранова**.

Не спешите делать вывод, что для здоровья вредно образование! Медицинская статистика многих стран мира подтверждает обратное. А сидячий образ жизни и перегрузки – это вовсе не 4–5 уроков за партой. Здоровье школьников стремительно ухудшается с начала девяностых (притом, что программа обучения в 1990–2000-е кардинально не менялась).

Постоянные стрессы. Нехватка внимания взрослых. Не один «компьютерный» или «планшетный» час в день: ребенок, мирно сидящий за электронным аппаратом, удобнее, чем тот, кто бегает и шумит. Несколько дополнительных занятий с репетиторами: педагоги часто вынуждены отказывать родителям в просьбе «репетировать» второ- или третьеклашку (ведь ребенок – о, ужас! – учится на четверки). Интересно, почему уже больны 95% малышей, которые только пойдут в первый класс?

КОГДА И ДЕСЯТЬ РУБЛЕЙ – СЛИШКОМ ДОРОГО

Из нездорового ребенка со временем получается нездоровый взрослый (и это еще не самый печальный исход). Ему, конечно же, нужны лекарства, но здравоохранение уже успело сформировать убеждение: пока состояние «терпимо», надо экономить.

Среди участников исследования, проведенного Лигой защитников пациентов, были и те, кто сказал: купить лекарство, полезное для здоровья и необходимое для жизни, не получится даже за десять руб.

Таков побочный эффект взаимодействия кризиса с реформой отечественного здравоохранения.

Процент пациентов, которым не по карману даже копеечное лекарство, может быть выше результатов опроса. Обусловлено это темой анкетирования (на вопросы, о которых идет речь, респонденты отвечали строго анонимно). Стыдно признаться, что семье не хватает денег даже на еду, даже если ответ анонимный.

Осуждать пациентов, выбравших ответ «не более десяти рублей», и детально выяснять причины их поведения не будем: другие, назвавшие совсем иные цифры, тоже в глубине души убеждены – есть суммы, которые дороже здоровья. Дороже спасения жизни.

«ДОГНАТЬ И ПЕРЕГНАТЬ» GMP

Сегодня необходимость лекарственного страхования признает даже министр здравоохранения **Вероника Скворцова**. Глава Минздрава согласилась с тем, о чем который год подряд говорит Лига защитников пациентов: лекарство – часть лечения, и даже противоречивые нормы законодательства признают его право находиться в тарифах ОМС. Не только для пациентов скорой и стационара, не только для тех, кого государственная экономия на лечении довела до инвалидности, но и для больного, которого лечат амбулаторно.

Сколько раз обращали внимание защитники пациентов – безвозмездная

медицинская помощь, гарантированная Конституцией каждому, при платности помощи лекарственной превращается в миф! Сколько говорили и врачи, и государственные чиновники об успехах эксперимента с лекарственным возмещением в Кировской обл.! Даже несмотря на то, что возмещались не 100, а 90% цены лекарства, люди стали реже попадать в больницы и реже становиться инвалидами....

Но пока, по долгожданности обещанного старта, лекарственное страхование все равно обгоняет даже внедрение правил надлежащей производственной практики.

ИТОГИ ПЕРВОЙ ПЯТИЛЕТКИ

В 2011–2012 гг. экономического кризиса еще не наблюдалось, и платежеспособное население несло свои кровные в частные клиники. Правда, сравнение цен дорогих и дешевых дженериков было популярно уже тогда – вынужденные платить за помощь медицинскую, пациенты стремились сделать доступнее помощь фармацевтическую. Но в стране началась оптимизация здравоохранения...

Почти две трети наших сограждан считают, что доступность медицинской помощи за последние пять лет сильно уменьшилась. 61,9% констатируют, что упало и качество лечения. А по данным аналитической компании DSM Group, шестой год подряд падает и отечественный фармацевтический рынок. Объемы употребления лекарств вернулись к показателям десятилетней давности.

Даже у самого доступного доктора – участкового терапевта – 30% пациентов ждут приема несколько дней. К врачу-специалисту, между тем, может записать больного только он. В результате ожидать консультации невролога или кардиолога можно далеко не одну неделю, так происходит с 24,4% респондентов. Почти с каждым четвертым.

УЗИ и анализы, а тем более КТ и МРТ, тоже становятся долгожданными. 26,9% опрошенных ожидают их неделями.

Результаты уже видны: не получая советов специалиста, граждане, движимые необходимостью сэкономить, меняют лекарства на

биодобавки. Смещение спроса в сторону БАД было отмечено аналитиками RNC Pharma в 2015 г., когда кризис продолжал набирать обороты. Цена оказалась важнее эффективности и безопасности.

ПАРЛАМЕНТАРИЙ – ТОЖЕ ЧЕЛОВЕК!

Что такое часы ожидания и терпения перед кабинетом врача, не так давно поняли и депутаты Госдумы нового созыва. В один прекрасный день обычные народные избранники пришли в обычную государственную поликлинику – к ней они были прикреплены по обязательному для российского гражданина медицинскому страхованию. А дальше обычных пациентов с депутатскими мандатами и полисами ОМС поставили в самую обычную очередь. Позади больных-«платников»... Последнее обстоятельство шокировало, но делать было нечего: пришлось пропустить всех, кто заплатил за прием свои кровные.

«Так нельзя! Нужно же что-то делать!» – возмущался потом в коридорах парламента один из депутатов, «пострадавших» от вынужденной платности здравоохранения. Наверное, когда-нибудь этот случай станет историческим анекдотом. Но, быть может, настало время услышать врача и пациента уже сейчас?

ТЕРЯЮТ БОЛЬШЕ, ЧЕМ ЭКОНОМЯТ

Пациент, «благополучно» просидевший в очереди к терапевту «всего» три часа (особенно если он пришел к педиатру), рискует заболеть еще больше: с точки зрения передачи инфекций воздушно-капельным путем, толпа людей в транспорте и толпа людей в поликлинике отличаются друг от друга совсем незначительно.

Вот и получается: финансы, количество больниц и докторов сокращают, чтобы снизить нагрузку на здравоохранение. А она растет еще быстрее – именно благодаря сокращениям.

Как замечает **Наталья Малышева**, советник председателя партии «Справедливая Россия»: «Люди теряют здоровье, и бюджет

теряет больше, чем экономит». Бюджет теряет только средства, а вот экономика страны теряет трудящихся.

Сергей Бойцов, глава Государственного НИЦ профилактической медицины, приводит такие цифры: если в обследование сердечно-сосудистой системы вложить один рубль, то он даст 10 руб. экономии. В Институте экономики здравоохранения НИУ ВШЭ также считают систему медицинской отрасли... источником доходов для государства.

ЗДОРОВЬЕ КАК СПОСОБНОСТЬ ТРУДИТЬСЯ

«Нужно относиться к здравоохранению как к инвестиционной сфере, ведь здоровье – это центр экономики. Почему именно здоровье? Если исходить из определения, которое дает сегодняшний закон «Об основах охраны здоровья граждан», то социальное благополучие – параметр весьма субъективный. Если принять, что здоровье – это способность трудиться и осуществлять полноценную жизнедеятельность, то все станет понятно. Ведь с возможностью человека работать связана экономика всей страны. Считаю, что понимать здоровье по-другому опасно и для человека, и для государства в целом, – объясняет президент Лиги защитников пациентов **Александр Саверский**. – Медицину финансируют по остаточному принципу. Но именно в системе медицинской помощи можно четко увидеть, как одна вовремя данная таблетка уменьшает расходы на скорую помощь, лечение в стационаре, больничные, инвалидность и одновременно увеличивает число трудодней».

Так экономия на обследованиях и лечении лишает медицину шанса... сэкономить деньги для госбюджета. Может быть, этим шансом и станет лекарственное страхование?

Екатерина АЛТАЙСКАЯ ■



А ЕСЛИ БУДУТ ДЕНЬГИ, НО НЕ БУДЕТ ЛЮДЕЙ – ТО СТАНЕТ ЛЕГЧЕ?

Система ОМС в ее сегодняшнем виде – абсолютно нерабочая. Почему она стала такой? Вот мнение **Сергея Фургала**, заместителя председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья.



При любых проектах, при любых начинаниях в нашей стране всегда берут за основу Москву и другие крупные города. Такое ощущение, что о маленьких городах и поселках в регионах никто не думает.

Система самим своим устройством заставляет врачей ориентироваться на зарабатывание денег.

Врач, по определению, должен лечить больных. Но как только ввели врача в систему ОМС – ему, по сути, приказали: **больных лечить не нужно, нужно выполнять план!** И точка. Но на Дальнем Востоке, например, проживают 6,2 млн человек, а территория – почти 32% всей территории России. Возникает вопрос: каким образом врач в дальневосточной больнице «выполнит план», если в районе две тыс. жителей?

Закрывать больницу нельзя. Но, как показывает нынешний опыт, именно это чаще всего и происходит. В малонаселенных районах люди остаются без медицинской помощи. **Уже половина первичного звена закрыта у нас в Российской Федерации!**

Ликвидировать поликлиники и стационары начали еще в девяностые, но массовым это явление стало уже после 2000-х. Когда систему ОМС перевели на одноканальное финансирование. Что оставалось делать регионам? Естественно, они начали так называемую «оптимизацию», или «реструктуризацию». А в чем у нас заключается оптимизация? Закрывать три больницы и на базе трех сделать одну. Как люди будут добираться до врача, как они будут получать помощь – это уже дело пятое. Главное – отчетность.

Переведя систему ОМС на одноканальное финансирование, по сути, убили первичное звено здравоохранения.

Как в отдаленном регионе врачи могут «сделать план»? Это в столице можно не заметить приписки, а в поселке, где живут 500 или 600 человек, совершить приписку невозможно. УЗИ и томограмма там – все равно, что полеты в космос. Врач занят элементарными вещами – принимает больных, выписывает им таблетки, уколы... И все. МРТ – это про крупные города. В том звене, которое обслуживает почти 50% населения, современные медицинские исследования в большинстве своем недоступны.

Дело дошло уже до того, что в городах поликлиники и больницы заключают договоры с частными лабораториями, которые делают анализы. Человек неделю ждет приема врача и еще две недели стоит в очереди, чтобы сдать анализы, и ожидает их результатов. Выживет – повезет.

Есть целые области на Дальнем Востоке, где, по сути, одна лаборатория на область. Со всей области туда везут анализы. Что уж говорить о томографии, УЗИ...

Раньше лаборатории работали при каждой больнице. Даже в участковой больнице была лаборатория, которая делала необходимый набор анализов. В штате состояли врачи – клинические лаборанты, и к ним можно было обратиться в любое время суток. И если ночью нужна была спинномозговая пункция, можно было вызвать в два часа ночи врача-лаборанта, и он через 20–30 мин. выдавал развернутый анализ спинномозговой жидкости. А сейчас – попробуй попади к неврологу на прием, какие уж там анализы...

Медицинская помощь должна быть доступной, качественной и бесплатной. Эти три параметра записаны в Конституции. Поэтому и нужно содержать медицину за счет федерального бюджета. И, прежде всего, нужно посчитать, сколько средств необходимо на содержание поликлиник, стационаров, скорой помощи и т.д. А в систему ОМС, раз уж она есть, было бы правильнее погрузить лекарственное обеспечение, дополнительные методы исследования и стоматологическую помощь. То,

что не входит в обязательное медицинское страхование сегодня. И денег бы хватало всей системе ОМС, и люди могли бы лечиться.

В странах, которые считают себя цивилизованными, пациенты давно уже не покупают лекарства за полную стоимость. Они либо получают препараты полностью бесплатно, либо платят меньшую часть их цены – например, 10%. Все это организовано в системе медицинского страхования: пациент приходит к врачу, получает рецепт, идет в аптеку и передает его фармацевту, а уже фармацевт направляет рецепт в страховую компанию и получает оплату. Именно так выглядит погружение лекарственного обеспечения в систему ОМС.

Не известно, кто «подсказал» вице-премьеру Ольге Голодец идею о «налоге на ОМС с неработающих граждан», но можно привести пример. В одном из краев Дальнего Востока есть 21 поселок лесозаготовителей. Двадцать один леспромхоз. И всех их обанкротили.

Из 21 населенного пункта люди не могут выехать, а работы нет. Перебиваются сезонными заработками, сбором шишек в лесу, ягод, грибов... Что, нужно сказать этим людям – умирайте? Просто потому, что кто-то решил: раз вы не работаете, то должны платить за лечение?

Если человек не может заплатить за лечение, значит, он должен умирать? Сначала нужно обеспечить всех работой с нормальной зарплатой, а потом рассуждать, кого лечить, кого не лечить. Конституцию Российской Федерации никто не отменял.

Кстати, о нормальных зарплатах. Есть майские указы президента, которые действительно очень хорошие и правильные. Они гласят, что врачи должны получать к 2018 г. 200% своей зарплаты. Но выполнение этих майских указов прошло таким образом, что произошла новая оптимизация. Посокращали часть врачей, а нагрузку переложили на оставшихся.

По документам, докторам зарплату подняли. Но на самом деле ее сократили – за счет изменения методики подсчета. В результате

больницы и поликлиники, даже в условиях нехватки врачей, не будут брать новых специалистов – ведь они заберут деньги, и тогда разбегутся те, кто остался.

Следующий шаг, который «добивает» первичное звено, – это изменения в медицинском образовании. Студента, который проучился шесть лет, решили сразу же отправлять работать врачом общей практики в сельскую местность. Он должен три года выживать на нищенскую зарплату, и только потом, если повезет, – два года ординатуры на стипендию. Лишь после этого он может стать врачом... Через 5 лет.

Сколько же студентов согласятся на такие условия? Возможно, процентов 30 поедут, а остальные просто не пойдут работать по специальности. Упадёт престиж медицинского обучения. Если после шестого курса заставляют ехать, по сути, на рабское положение, в такое учебное заведение родители не захотят отдавать детей. Снизится общий уровень абитуриентов и, следовательно, профессионализм. А через какое-то время эти люди начнут лечить нас и наших близких.

Несколько факторов собрано вместе – и нет больше системы здравоохранения. Есть лишь отдельные очаги медицинской помощи. Есть помощь высокотехнологичная, есть помощь платная...

Решить проблемы ОМС можно только одним способом – перейти на двухканальное финансирование. Необходимо, чтобы государство взяло на себя ответственность и стало обеспечивать действительно качественную и доступную медицину. Пока государство этого не сделает, социальное напряжение будет расти.

Недовольство станет выливаться, в первую очередь, на медицинских работников, потому что людям свойственно обвинять тех, кого они видят. Если человек пришел в больницу и ему не оказали помощь, кто будет виноват? Конечно, врач! Хотя причина не во врачах: государство должно проснуться и сказать – мы отвечаем за свои слова, мы в Конституции написали «бесплатная медицинская помощь» и начинаем выделять деньги в бюджете.

А сейчас получается, что министр финансов главнее, чем министр здравоохранения. **Возникает вопрос – люди для денег или деньги для людей? У нас, к сожалению, люди для денег. Когда будут деньги, но не будет людей, легче будет от этого?**

В нашей стране, с ее географическими особенностями, спасти медицину может только государственное финансирование. Остальное – это все от лукавого.

По сути, сегодня просто уничтожается система здравоохранения. **И если продолжать дальше теми же темпами, медицинской помощи вскоре не будет. Лечиться смогут 10–15% жителей нашей страны.** А остальные, к сожалению, уже сейчас переходят на лечение... к бабушкам-повитухам. Как говорится, спасайся, кто может!

Нужно думать не только о Москве, не только о Санкт-Петербурге, нужно думать обо всей стране. О каждом человеке, который в ней живет.

Если создается система, при которой идет разрушение, то как можно ждать улучшения?

Екатерина АЛТАЙСКАЯ ■



ЗДОРОВЬЕ СУСТАВОВ В НАДЕЖНЫХ РУКАХ

Остеоартрит и боль в спине – два самых распространенных недуга. Причем остеоартроз занимает в мире первое место среди заболеваний опорно-двигательного аппарата у лиц пожилого возраста и второе место среди причин нетрудоспособности у больных в возрасте от 50 лет. Боль в спине – вторая по частоте причина временной нетрудоспособности и пятая – по частоте госпитализации.

Вопросы эффективности использования в терапии остеоартрита хондропротекторов – симптоматических препаратов природного происхождения – на пресс-конференции «Остеоартрит и боль в спине: вместе увидим целое. Новый подход к известной проблеме» рассмотрели ведущие эксперты в области медицины. В конференции приняли участие: академик Е.Л. Насонов, академик А.И. Мартынов, а также проф., д.м.н. Л.И. Алексеева, проф., д.м.н. А.Б. Данилов, проф., д.м.н. Г.И. Ковалев, научный сотрудник, к.м.н. Е.А. Таскина.

Остеоартрит – это хроническое прогрессирующее заболевание суставов, при котором происходят разрушение суставного хряща, структурные изменения кости, идут воспалительные процессы (синовит). В качестве реакции на воспаление синовиальной сумки

начинается выработка провоспалительных цитокинов – особых «информационных» белков, с помощью которых разнообразные клетки иммунной системы могут обмениваться друг с другом сигналами и осуществлять координацию действий.

В патологический процесс вовлекаются суставной хрящ, синовиальная оболочка, субхондральная кость, суставная капсула, внутрисуставные связки, околоуставные мышцы.

С возрастом в тканях хряща процессы старения клеток начинают преобладать над образованием новых хондроцитов. В результате ткань хряща хуже удерживает воду, в ней начинаются дегенеративные процессы, она постепенно разрушается. В субхондральной кости идут структурные изменения.

К основным клиническим проявлениям остеоартроза относятся:

■ Боли в суставах.

Болевые ощущения нарастают постепенно, усиливаются при механических нагрузках и в конце дня; ощущаются боли по ночам. Больные также отмечают «стартовые боли» – им сложно начать движение, а по мере увеличения физической активности боль ослабевает.

■ Ограниченная подвижность.

Возникает ощущение скованности в суставах по утрам, постепенно к нему добавляется деформация составов, их нестабильность (возможно возникновение подвывихов), затрудненность движений. Уменьшается объем движения суставов, изменяется характер движений.

■ Деформация суставов, часто связанная с костными разрастаниями.

■ Крепитация (хруст в суставах).

■ Атрофия окружающих мышц.

Боль в спине (дорсопатия) – одна из частых причин обращения пациентов к врачу. В большинстве случаев эпизод боли в спине оказывается кратковременным, однако примерно у 4% трудоспособного населения боль в спине служит причиной длительной временной утраты трудоспособности, а у 1% – стойкой утраты трудоспособности.

Боли в нижней части спины – пояснично-крестцовой области (БНЧС) встречаются у 7–9 из 10 членов взрослой популяции. Вероятность в течение жизни перенести эпизод БНЧС составляет 60–90%.

Лечение остеоартроза должно быть комплексным и включать мероприятия по уменьшению боли, по возможности – по восстановлению сустава и предотвращению разрушения суставного хряща, а также по сохранению и поддержанию функции суставов.

Как заметил академик РАН **Е.Л. Насонов**, президент Научно-медицинского общества ревматологии: «Эти две проблемы не могут быть решены каким-то одним специалистом

– ревматологом, неврологом, хирургом-ортопедом... Необходимо объединить усилия узких специалистов, выработать алгоритм взаимодействия и рекомендаций. Приоритетной становится роль терапевта как уникального врача первичного звена».

Да, основная часть пациентов нуждается в междисциплинарном подходе, на практике видна тенденция к тому, что терапевт становится ключевой фигурой для оказания помощи при названных распространенных нарушениях.

Л.И. Алексеева, проф., зав. отделом метаболических заболеваний костей и суставов с центром профилактики остеопороза ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, дала свое объяснение наметившейся тенденции:

– Ревматологи не могут охватить весь спектр больных, поэтому сотрудничают с терапевтами. Именно врачи первичного звена первыми «принимают на себя удар». Высокая распространенность заболеваний обусловлена двумя причинами. Первая – старение популяции (продолжительность жизни значительно увеличивается), а, по определению ВОЗ, остеоартрит как раз относится к болезням пожилого возраста. Вторая проблема – это, безусловно, избыточная масса тела. В отличие от остеопороза (скрытой эпидемии), ожирение – это кричащая эпидемия. По последним данным, она, особенно в Америке, затрагивает не только взрослую популяцию, но и подростковую, и детскую. Эти две проблемы обуславливают высокую частоту остеоартрита.

Недавно в институте проводился опрос врачей различных специальностей (терапевты, неврологи, ревматологи, хирурги-ортопеды). Оказалось, в 20–40% случаев к ним приходят на прием пациенты с признаками остеоартрита. Но, как правило, каждый такой пациент имеет от 2 до 7 сопутствующих нозологий. Такая коморбидность и заставляет объединяться с врачами других специальностей.

Под эгидой Всероссийского общества терапевтов был создан консенсус по ведению таких больных в первичном звене. Взяли пока только две коморбидности: сердечно-сосудистую нозологию, сахарный диабет второго типа – и разработали алгоритмы ведения таких пациентов в условиях 12-минутного приема врачом первичного звена.

Как представитель фармакологического направления терапии, зав. лабораторией радиоизотопных методов исследований НИИ фармакологии им. В.В. Закусова РАН, проф. **Г.Н. Ковалев** отметил:

– Фармакология – это химическая регуляция биологических функций на всех уровнях. Обезболивание – это не полное решение проблемы. А комплексного решения, с точки зрения фармаколога, изучающего механизмы патогенеза, можно добиться путем таргетного (направленного) действия препарата, способного воздействовать на все звенья патологической цепочки. Таким препаратом, по новым данным доклинических исследований, является **Алфлутоп** – стандартизированный, специально приготовленный экстракт из мелкой черноморской рыбы.

Часто первоочередная задача для врача – снять острую боль, которая сопровождает остеоартрит. И на короткий отрезок времени можно помочь очень быстро, применяя, например, нестероидные противовоспалительные средства. Как заметил президент Российского научного медицинского общества терапевтов академик **А.И. Мартынов**: «Среди них есть очень мощные средства, особенно из группы ингибиторов ЦОГ-2. Однако это не дает длительного эффекта, поэтому акцент нужно делать именно на лекарственные средства этой группы – хондропротекторов, которые вмешиваются в тонкий механизм обмена веществ. Их действие требует времени, но, если говорить о влиянии на больного, то эффект от применения очевиден».

Позитивное воздействие **Алфлутопа** подтвердил присутствовавший на пресс-конференции проф. кафедры нервных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, д.м.н., **А.Б. Данилов** отметив эффективное использование препарата не только при остеоартрите, но и при острой боли в спине через 10–14 дней.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДОКАЗАНА

Современная медицина базируется на принципах доказательной медицины. На протяжении 20 лет существования и применения оригинального препарата «Алфлутоп» было проведено множество исследований, доказавших его высокую эффективность и безопасность. За это время накоплен большой положительный опыт применения препарата в различных медицинских центрах в разных странах. Результаты исследования в Молдове в 1995 г. (Л.Г. Гроппа и соавт. «Изучение эффективности «Алфлутопа» у больных с остеоартрозом коленных суставов») показали значительное уменьшение боли и улучшение функционального состояния суставов в основных группах по сравнению с контролем. В ходе исследования было отмечено уменьшение клинических признаков синовита уже после первого курса лечения препаратом у 50% больных.

В 2001 г. в России Институтом ревматологии РАМН (Г.В. Лукина и соавт.) было проведено исследование по оценке эффективности препарата у пациентов с гонартрозом, коксартрозом и узелковой формой остеоартроза. У всех пациентов отмечалось достоверное снижение болевого синдрома, улучшение функционального состояния суставов. Показана и хорошая переносимость препарата при всех схемах лечения, инструментально подтверждено его противовоспалительное действие.

В 2011–2013 гг. ГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насо-

новой» РАМН, ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» и ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» (Л.И. Алексеева и соавт.) провели двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование симптомов и структурно-модифицирующего действия препарата «Алфлутоп» у пациентов с остеоартрозом коленных суставов. В ходе него было отмечено снижение интенсивности боли и улучшение функции суставов у 73% больных, а также удавалось снизить суточную дозу НПВП, серьезно улучшить качество жизни у пациентов, принимавших препарат (чего не наблюдалось у принимавших плацебо).

При сравнении рентгенограмм в начале и в конце исследования отрицательная динамика достоверно реже выявлялась в группе больных, получавших **Алфлутоп**, по сравнению с группой плацебо. Достоверное замедление сужения суставной щели также было отмечено у больных, принимавших препарат. Увеличение размеров остеофитов (медиальные и латеральные остеофиты бедренной кости) отмечалось преимущественно в группе плацебо и только у небольшого числа пациентов, принимавших **Алфлутоп**. У последних в 1,5 раза снижен риск гонартроза. Анализ данных позволяет сказать, что препарат обладает симптоматическим, противовоспалительным и структурно-модифицирующими эффектами. Он эффективно влияет на замедление прогрессирования болезни.

СПРАВКА

Инъекционный оригинальный препарат «Алфлутоп» является уникальной разработкой компании «Биотехнос» (Румыния). Это хондропротектор, главная задача которого – восстановление и укрепление хрящевой ткани суставов. Основным активным компонентом препарата является

биоактивный концентрат из мелкой морской рыбы. Концентрат содержит мукополисахариды (хондроитин-4-сульфат, хондроитин-6-сульфат, дерматансульфат, кератансульфат); 14 аминокислот (7 незаменимых); пептиды; ионы натрия, калия, кальция, магния, железа, меди, марганца и цинка; гликоген и глюкуроновую кислоту – предшественницу гиалуроновой кислоты.

Алфлутоп оказывает действие по нескольким основным направлениям:

- предотвращает разрушение молекулярных структур нормальных тканей;
- стимулирует процессы восстановления в ткани суставного хряща, улучшает фосфорно-кальциевый обмен в хрящевой ткани;
- нормализует процессы синтеза гиалуроновой кислоты, обеспечивающей здоровье суставных хрящей;
- оказывает противовоспалительное действие;
- снимает болевые ощущения.

Препарат «Алфлутоп» подтверждает свою эффективность уже на протяжении 20 лет, она достигается за счет использования самых передовых медицинских технологий. С 2016 г. компания «Биотехнос» самостоятельно занимается продвижением препаратов в России.

Генеральный директор компании «Биотехнос» **Чеслав Чухрий** отмечает: «Мы очень рады нашему выходу на российский рынок, т.к. это направление – одно из приоритетных для компании. Я уверен, что опыт ООО «Биотехнос» в области инновационных разработок, а также наши знания не только в сфере ревматологии, но и в других направлениях будут способствовать расширению доступа пациентов, страдающих серьезными заболеваниями, к современным методам терапии».

Елена МАРТЫНЮК ■



АЛФЛУТОП

ЗДОРОВЬЕ СУСТАВОВ В НАДЕЖНЫХ РУКАХ



- 💧 Достоверное уменьшение боли
- 💧 Улучшение функции суставов
- 💧 Достоверное повышение уровня гиалуроновой кислоты в суставной щели
- 💧 Уменьшение деградации матрикса суставного хряща*



BIONTENOS
115432, Москва,
пр-т Андропова,
д. 18, корп. 6
8-800-333-24-71
www.alflutop.ru

*Многоцентровое слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование симптом- и структурно-модифицирующего действия препарата Алфлутоп у больных остеоартрозом коленных суставов. Л.И. Алексеева, Е.П. Шарапова, Е.А. Таскина, Н.В. Чибисова, Н.А. Шостак и соавт. Научно-практическая ревматология. 2014; 52(2): 174-177. DOI:10.14412/1995-4484-2014-174-177



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ



КАК СПРАВИТЬСЯ С АСТМОЙ? УПРАВЛЯТЬ ЕЮ И КОНТРОЛИРОВАТЬ

Бронхиальная астма известна миру несколько тысячелетий. О ней упоминал еще Гомер, ее описали в своих трудах известные эскулапы прошлого – Гиппократ, Гален, Цельс. Но в минувшем веке болезнь вдруг проявила неожиданное коварство. Если в начале XX столетия астмой страдали лишь 0,1% населения планеты, то сегодня уже 10%. И замечена печальная тенденция: количество астматиков удваивается через каждые 10 лет, что объясняется неблагоприятной экологической ситуацией в мире, наследственностью и нездоровым образом жизни, которому следует человек в XXI в. Как жить с астмой? Вот советы пульмонолога.

Наш эксперт – **Василий Штабницкий**, пульмонолог, научный сотрудник ФГБУ «НИИ Пульмонологии» ФМБА России, к.м.н.

Сегодня в нашей стране насчитывается чуть более 1 млн больных бронхиальной астмой. Это около 5% взрослых и до 10% детей. По мнению авторитетных специалистов, в действительности астматиков у нас в 7 раз больше, что подтверждают и данные исследования, прошедшего в РФ. Обследовались россияне с теми или иными видами респираторного дискомфорта, будь то кашель, одышка, свистящее дыхание. Этим пациентам ранее не был поставлен диагноз «бронхиальная астма», но выяснилось, что у каждого четвертого из них имелись ее симптомы.

НЕПОСЛУШНЫЕ БОЛЬНЫЕ

Это только одна сторона проблемы. Не менее остро стоит другая. К сожалению, бронхолегочные пациенты относятся к числу самых непослушных. Они часто игнорируют рекомендации врача. А так нужен ежедневный контроль за этим заболеванием, неизлечимым, но управляемым и контролируемым! То есть если человек соблюдает все предписания, которые назначает доктор, он живет обычной жизнью и ничем не отличается от ровесников. Ему не нужно ежедневно вызывать скорую помощь, у него не нарушен ночной сон, он может

результативно работать... В Европе и США болезнь контролируется у 53% больных. В России лишь каждый четвертый больной соблюдает назначения врача, а три других пациента, как правило, страдающих легкой формой астмы, – немотивированным кашлем и свистящим дыханием, похожими на симптомы простуды или хронического бронхита, не делают этого.

Печально, но во времена Советского Союза наши врачи ставили диагноз «хронический астматический бронхит» или «предастма». Подобным отношением к болезни врачи и пациенты отодвигали начало ее лечения. А эффективность препаратов, которые помогали на ранних этапах, на поздних оказывалась недостаточной. И такой неверный взгляд на бронхиальную астму жив до сих пор: дескать, надо дождаться серьезного развития болезни, а уже потом назначать лечение.

ПРАВИЛЬНЫЙ ИНГАЛЯТОР

Врачи говорят и о другой трудности лечения – не все пациенты правильно используют ингалятор. Пациенту очень важно, чтобы препарат работал быстро, и эффект от него был заметен. Лекарство приходится принимать длительно, едва ли не пожизненно, поэтому необходимо, чтобы препарат хорошо переносился и при его использовании – порой десятилетнем, не возникало нежелательных явлений. Большие преимущества дает ингаляционная терапия – просто и удобно пользоваться компактными приборчиками.

Но вот недавно австралийские ученые провели наблюдения, пытаясь разобраться, почему так называемая комбинированная терапия (например, фиксированные комбинации ингаляционных глюкокортикостероидов и бета-2 агонистов длительного действия), лучше которой пока ничего не придумано, не помогает части пациентов. И обнаружили, что каждый второй больной

просто игнорировал врачебные рекомендации, а 39% из числа обследованных неправильно пользовались ингалятором.

Поэтому так важна простота устройства и его доступность. Скорость потока вдоха – самый важный параметр в приборе, который позволяет разорвать микроскопическое лекарственное вещество от носителя. Близкий к оптимальному – многодозовый порошковый ингалятор, ибо число критических ошибок при выполнении пациентом ингаляционного маневра здесь наименьшее. Больной должен иметь возможность при необходимости быстро активировать устройство и выполнить ингаляцию в любых условиях (например, на улице, в транспорте или при недостаточном освещении)

Формально российские астматики получают льготное лекарственное обеспечение, но это право пациента не всегда реализуется на местах. В рамках лекарственного обеспечения часто в отсутствие более дорогостоящих препаратов пациентам предлагают доступные дженерики. Казалось бы, одно и то же лекарственное вещество. Какая разница, что ингалятор другой? Но оказывается, при переходе с привычного ингалятора на другой происходит резкое увеличение числа случаев неэффективной терапии, поскольку возникает серьезный риск меньшего контроля над течением заболевания.

И как результат, не добившись контроля над болезнью у пациента, врачу приходится укладывать его на больничную койку, пребывание на которой намного дороже ингалятора по самой высокой цене. Так что не стоит чиновникам гнаться за дешевизной, включая в перечни дешевые препараты!

АСТМАТИК, БУДЬ ОСТОРОЖНЫМ!

Когда астматик должен быть особенно внимателен к своему самочувствию? Люди с этой болезнью очень чувствительны к переменам погоды. Самые опасные дни, когда

природа демонстрирует астмогенные факторы. Среди них:

■ **высокая влажность атмосферы**, особенно по утрам, когда ощущается существенная разница между дневной и ночной температурами;

■ **повышенное атмосферное давление;**

■ **выброс пыльцевых аллергенов весной.**

В марте-мае цветут растения, вызывающие аллергическую астму. Обычно эта пора совпадает с резким потеплением и сухой погодой;

■ **температурная инверсия** – метеорологическое явление, при котором поверх слоя теплого воздуха накладывается холодный поток. В результате над мегаполисом или просто промышленным городом возникает безветрие. Такое состояние атмосферы способствует тому, что в этом месте накапливаются вредные соединения, раздражающие бронхи астматиков;

■ **метеорологические возмущения.** Обычно о них предупреждают синоптики словами «прохождение холодного фронта». Происходит возмущение нижних слоев атмосферы, о котором свидетельствуют перепады давления и шквалистый ветер. Или же ощутимо внезапное похолодание и резкое понижение АД, приходит ненастье, льют дожди;

■ **самая опасная для астматика – температура около 0 градусов.**

Если астматик услышал такой прогноз, самый безопасный вариант для него – отсидеться за городом или предпринять долгие прогулки в парке, чтобы дать легким возможность отдышаться.

Но, конечно, для аллергика при выбросе пыльцы такая тактика не годится – ему лучше перебраться в другой город, где цветение уже закончилось или еще не началось. Если с поездкой не получается, надо постараться не появляться на улице при пике концентрации пыльцы в воздухе – утром с 6:00 до 10:00 и вечером с 18:00 до 22:00, планировать выход на улицу после дождя, закрывать окна и пользоваться кондиционером.

И, конечно, человек не должен расставаться с ингалятором. Вернувшись в квартиру, тщательно промыть глаза и нос, прополоскать горло минеральной водой без газа или слабым раствором соды, который нейтрализует содержащуюся в смоге кислоту. И чтобы астма не дала о себе знать, обязательно следовать лечению, назначенному врачом, проводить регулярные измерения пиковой скорости выдоха и оценивать симптомы астмы. Рекомендую записаться в так называемую «Школу астмы» для обучения самоконтролю над заболеванием.

Светлана ЧЕЧИЛОВА ■

- бывает, что отсутствует возможность купить все необходимое в одной аптеке или специализированном магазине;
- кроме того, готовые наборы укомплектованы редко встречающейся продукцией: средствами по уходу в индивидуальных упаковках, качественной косметикой в мини-упаковках, стерильными изделиями. Многие из них бывает сложно найти;
- и, самое главное, с универсальной сумкой пропустят в любой роддом.

РЕШЕНИЕ НА ЛЮБОЙ ВКУС

Набор стандартный, как и все последующие варианты сумок для роддома, состоит из комплекта в приемное и родильное отделения, а также послеродовое. Разница определяется ценой и, соответственно, комплектацией.

Комплект органик несколько отличается от стандартного набора. Он дополнен некоторыми позициями и в него включена продукция органического (экологически чистого) происхождения.

Сумка №1 (в предродовое отделение)

- Документы: паспорт; страховой медицинский полис; обменная карта беременной; направление в роддом; родовой сертификат; страховое свидетельство государственного пенсионного страхования.
- Мобильный телефон с зарядным устройством.
- Тапочки из моющегося материала.
- Пакеты для одежды, в которой приехали в роддом. Ее нужно будет отдать на хранение или сопровождающим людям.
- Бахилы (несколько пар). Пригодятся вашим посетителям в послеродовом отделении или вам при поступлении в роддом.
- Одноразовый бритвенный станок.
- Одноразовые накладки на унитаз и влажная туалетная бумага (могут пригодиться после клизмы и во время родов).
- Одноразовые бумажные платочки (удобны во многих случаях).
- Бутылка негазированной воды.



- Компрессионные чулки или эластичные бинты (снижают риск образования тромбов в венах ног).
- Эластичные чулки и послеоперационный бандаж (в случае кесарева сечения).

В послеродовое отделение предлагается собрать сумку №2.

Молодой маме будут необходимы:

- Гигиенические урологические прокладки (около 24 шт. на 3–4 дня).
- Одноразовые сетчатые трусики (3–5 штук).
- Одноразовые вкладыши для груди (3–5 комплектов).
- Антисептический крем для сосков и послеродовой бюстгалтер.
- Антибактериальное жидкое мыло для рук, детское мыло.
- Туалетная бумага (мягкая) и влажная туалетная бумага.
- Одноразовые покрытия на унитаз.
- Носовые платочки.
- Антисептик для рук.
- Одноразовые впитывающие пеленки.
- Средства по уходу за собой: шампунь, гель для душа, ватные диски и ватные палочки, шапочка для душа, крем, расческа, зубная паста и щетка, гигиеническая помада, антиперспирант.
- Медицинские маски одноразовые.
- Халат и ночная рубашка, носки, тапочки, большое полотенце для лица и рук, банное для тела. Можно пользоваться одноразовыми бумажными полотенцами.
- Пакеты для мусора, ручка и блокнот, чашка и столовые приборы.
- Послеродовой бандаж.

- Маленький электрочайник или кипятильник пригодится для заваривания чая и стерилизации пустышки.
- Книга, журнал, планшет (если образуется свободное время).
- Косметичка с декоративной косметикой, чтобы спокойно подготовиться к выписке.

Для новорожденного:

- Упаковка подгузников (25–30 штук обычно хватает на 3–4 дня).
- Натуральное персиковое (косточковое) масло для тела новорожденного.
- Детский крем или органическое молочко с деликатной структурой, которое подойдет детям разного возраста. Данная продукция защищает кожу от раздражений, а также снимает уже имеющиеся.
- Специальные детские влажные салфетки, содержащие натуральные экстракты растений.
- Органический крем под подгузник с календулой отлично справится с покраснениями и раздражением и защитит нежную детскую кожу от опрелостей.
- Комплект одноразовых впитывающих пеленок (для воздушных ванн и врачебных осмотров).
- Детская одежда (если разрешено).
- Бутылочка и пустышка (на всякий случай).

Для приемного и родильного отделений в дополнение к стандартному варианту сумка может быть снабжена:

- термальной водой, которая освежит кожу во время родов;
- стерильным набором для будущей мамы и ребенка в родильный блок;
- моющимися удобными тапками, предназначенными для кратковременного использования.

ПОРА ДОМОЙ!

Наступил счастливый момент выписки – и как не воспользоваться выгодными и удобными предложениями аптек.

Универсальный комплект для ребенка при выписке из роддома **в сумке №3:**

- плед для новорожденного;

- комбинезон;
- распашонка;
- ползунки на широкой резинке;
- чепчик и рукавички.

Как правило, данные изделия изготовлены из чистого хлопка (ткань очень мягкая, швы обработаны наружу).

Не забыть автокресло или автолюльку, если предстоит поездка на машине.

Помимо этого, можно воспользоваться **наборами детской косметики** и **средствами по уходу за ребенком**. Существует **гигиеническая послеродовая косметика для мам**, а также **средства восстановления после родов**.

Очень удобно то, что в **аптеке могут сформировать набор**, состоящий из всего необходимого:

- бутылочки для кормления;
- соски-пустышки;
- молокоотсос;
- термометры, градусники для купания малыша;
- безопасные средства для мытья детской посуды и пр.

ИНИЦИАТИВУ В СВОИ РУКИ!



В наши дни можно обнаружить множество списков вещей для роддома: существует и специальная литература, и женские форумы, и прочие рекомендации. Однако в каждом роддоме свои правила, которым придется подчиняться в течение 4–5 дней пребывания.

Чтобы провести важные и счастливые моменты своей жизни спокойно и комфортно, стоит заранее поинтересоваться, какой именно список вещей утвержден вашим роддомом. Сделать это можно, зайдя на сайт медицинского учреждения или позвонив по телефону.

Но, независимо от полученной информации, нужно быть ориентированным на то, что официальные списки часто бывают неполными (содержат минимум необходимых вещей). Как показывает опыт, для нахождения в роддоме может понадобиться гораздо больше.

ВАЖНЫЕ ДЕТАЛИ

■ Не стоит заблаговременно комплектовать все сумки, положить только средства и предметы гигиены для ребенка и себя, косметику (то, что не помнется). Одежду, которая пригодится для выписки, стоит оставить в шкафу и прикрепить к ней стикеры с сопроводительными надписями. Также можно поступить с остальными сумками, которые вам привезут в роддом родственники. Нужно не забыть показать им собранные вещи и объяснить, когда какую сумку нужно привезти в роддом.

■ Как только объявят о выписке, важно проверить правильность выдачи документов – справка о рождении малыша (на ее

основании ребенок будет зарегистрирован в ЗАГСе), детская (для детской поликлиники) и материнская (для врача в женской консультации) часть обменной карты. Остальные документы: часть родового сертификата, экземпляр полиса добровольного медицинского страхования, договор по родовспоможению и т.д. Эти документы являются подтверждением оказания всесторонних медицинских услуг и, возможно, пригодятся в том или ином случае.

■ Помнить, что все вещи необходимо упаковать в полиэтиленовые пакеты или специальную прозрачную сумку для роддома.

■ И самое главное: близкие или родственники обязательно должны знать, как связаться с роддомом и с врачом, необходимо заранее обеспечить их всеми контактами (телефон, e-mail).

■ Если отец будущего ребенка будет присутствовать во время родов, ему потребуются: результаты анализов (какие именно, нужно уточнить в роддоме), паспорт, удобная одежда и сменная обувь, стерильный набор. В случае если муж примет решение о совместном пребывании в роддоме, необходимо позаботиться о предметах личной гигиены и одежды для него.

Ольга ЛУПАНИНА ■

23-я Международная специализированная выставка

аптека

2016



РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



реклама

DECEMBER
5-8
ДЕКАБРЯ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕЛОВОЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ФОРУМ

INTERNATIONAL MEDICAL AND
PHARMACEUTICAL BUSINESS FORUM

Международный Форум

Традиционные медицинские
системы мира

International Forum TRADITIONAL
MEDICAL SYSTEMS OF THE WORLD



Организатор:

ЕВРОЭКСПО



EUROEXPO

Москва
ЦВК «Экспоцентр»
павильон № 7

Рав.7, Expocentre
Fairgrounds, Moscow

16+

www.aptekaexpo.ru

РЕК

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



РОССИЙСКАЯ
НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RUSSIAN HEALTH CARE WEEK

5–9 декабря 2016

Организаторы:

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

При поддержке:

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

www.rnz-expo.ru

www.zdravo-expo.ru

www.health-expo.ru



ЗА ЗДОРОВУЮ
ЖИЗНЬ

ЗА ЗДОРОВУЮ ЖИЗНЬ

VII Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

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



ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

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



ЭКСПОЦЕНТР
МОСКВА





VI МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
**АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОКРИННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

9 - 10 ДЕКАБРЯ 2016 ГОДА

Здание Правительства Москвы (ул. Новый Арбат, 36)



135 лет со дня рождения В.Ф. Зеленина

XXVIII Межрегиональная
научно-практическая
конференция РНМОТ

15-16 декабря 2016 года

Чебоксары

www.cheboksary2016.rnmot.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
podpiska@mosapteki.ru

Реклама

ООО «Алеста»
8 (495) 720-87-05

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