

ТЕМА НОМЕРА



ЛЕКАРСТВЕННОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ: ВОПРОС ПОЛИТИЧЕСКОЙ ВОЛИ И РЕСУРСОВ

Что объединяет страны, где средняя продолжительность жизни — 80 лет и выше? Не часть света, не специализация промышленности и даже не религиозно-культурные особенности. Во всех этих государствах есть... лекарственное возмещение. Исключений нет. Удастся ли России войти в число держав, где жить до 80 — норма, а не исключение, и приобретение лекарства, даже самого дорогого — не проблема для пациента и его близких?

АНОНС



ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК РОССИИ: ЧТО БЫЛО, ЧТО БУДЕТ?

Аналитики фармацевтического рынка не только выявили особенности отрасли, характерные для 2018 г., но и попытались спрогнозировать некоторые тренды года 2019-го.



«СУДЕБНЫЙ ПРОЦЕСС — НЕИЗБЕЖНЫЙ РИСК В РАБОТЕ ВРАЧА»

Примером противостояния врачей и пациентов стало дело гематолога Елены Мисюриной. Во врачебном сообществе вновь заговорили о пациентском экстремизме и необходимости совершенствования механизмов защиты от пациентов.

ТЕМА НОМЕРА

	ЛЕКАРСТВЕННОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ: ВОПРОС ПОЛИТИЧЕСКОЙ ВОЛИ И РЕСУРСОВ	3
---	---	---

АПТЕКА

	ВСЕ ЧАЩЕ СТАЛИ ОФОРМЛЯТЬ ОНЛАЙН-ЗАКАЗ НА ЛЕКАРСТВА	24
	АТМОСФЕРА В АПТЕКЕ РАСПОЛАГАЕТ К БЕСЕДЕ С ФАРМАЦЕВТОМ	34
	ФРАНЧАЙЗИНГ СЕГОДНЯ — ПРОБЛЕМА ИЛИ УСПЕХ ДЛЯ ФАРМБИЗНЕСА	39
	ОСОБЕННОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ	43
	НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА В СТОМАТОЛОГИИ	46
	ВОПРОС — ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ	51

ФАРМРЫНОК

	ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК РОССИИ: ЧТО БЫЛО, ЧТО БУДЕТ?	53
	ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ — ДЛЯ КОГО, ДЛЯ ЧЕГО	57
	ПРОТИВОВИРУСНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА	61

	XXI ВЕК: НОВАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ. СИТУАЦИЯ VI	62
--	---	----

	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФАРКТА ПЕЙТЕ ВОДУ!	66
--	---------------------------------------	----

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

	«СУДЕБНЫЙ ПРОЦЕСС — НЕИЗБЕЖНЫЙ РИСК В РАБОТЕ ВРАЧА»	69
--	---	----

	БУРСИТ — ЭТО ВСЕ О НЕМ...	76
---	---------------------------	----

ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ

	ЧЕГО ХОТЯТ МУЖЧИНЫ... С БОРОДОЙ?	80
--	----------------------------------	----

	В «БЕЛУЮ СМЕРТЬ» СОЛЬ ПРЕВРАЩАЕТ ТОЛЬКО ЕЕ ИЗБЫТОК	84
--	--	----

СПЕЦМЕРОПРИЯТИЯ

	СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ	89
--	--------------------------------	----

С праздником весны!

8 марта

Редакция газеты «Московские аптеки»





ЛЕКАРСТВЕННОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ: ВОПРОС ПОЛИТИЧЕСКОЙ ВОЛИ И РЕСУРСОВ

Что объединяет страны, где средняя продолжительность жизни — 80 лет и выше? Не часть света, не специализация промышленности и даже не религиозно-культурные особенности. Во всех этих государствах есть... лекарственное возмещение. Исключений нет. Удастся ли России войти в число держав, где жить до 80 — норма, а не исключение, и приобретение лекарства, даже самого дорогого — не проблема для пациента и его близких?

Задача увеличить среднюю продолжительность жизни до 78 лет к 2024 г. и до 80 лет к 2030-му — поставлена на самом высоком государственном уровне. Но каким образом она будет решаться? Будет ли в наших руках главный инструмент ее решения — то самое лекарственное возмещение? В рамках еле-еле собранной системы здравоохранения пока что для лекарственного возмещения, которое внесет кардинальные изменения, места нет. Нет и политических заявлений от лидеров государства о необходимости лекарственного возмещения, после которых все начинает «кипеть и вариться».

Тем не менее, в очередной раз возвращаясь к лекарственному возмещению, эксперты Темы номера февраля поразительно единодушны: ни один из них не считает, что в системе всеобщего обеспечения лекарствами нет необходимости. Да, в трудных условиях она может быть частичной, но значительная часть расходов должна быть государственной. Сегодняшние 70–80% вложений в лекарственную терапию из кармана пациента — ситуация совершенно недопустимая. Точнее, опасная для больного и вредная для здравоохранения и экономики в целом.

ЛЕЧЕНИЕ? МЫ НЕ МОЖЕМ СЕБЕ ЭТО ПОЗВОЛИТЬ!

Самый распространенный ответ на вопрос «Почему вы не покупаете назначенные вам лекарства?» — «Они слишком дороги. Мы не можем себе это позволить», рассказывает **Лариса Попович**, директор Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ. Но, экономя на болезни на начальном ее этапе, когда даже серьезный недуг легче обратить вспять, здравоохранение, а с ним и страна в целом получают значительно более существенные расходы на стационарную помощь. И даже если скорая и больница сделали для пациента все возможное, не всегда получается восстановить здоровье полностью.

Казалось бы, все очевидно, однако...

«РЕСУРСОВ НЕТ, НО ВЫ ДЕРЖИТЕСЬ»

На Гайдаровском форуме директор НИФИ при Минфине **Владимир Назаров** категорически заявил: ресурсов на лекарственное возмещение не предвидится до 2024 г. Конечно,

в области финансов профильное министерство и его институты должны обладать компетентностью. Однако институт, возглавляемый Назаровым, уже отметился предложениями весьма спорными, — например, ввести для пациентов весьма символический лимит на посещение врачей амбулаторного звена. И столь же жесткое ограничение на вызовы скорой. Все в целях экономии... Между тем лекарственное возмещение было обещано еще в 2009-м, а в сегодняшних условиях промедление с ним (в полном соответствии с известным изречением) опасно для жизни.

И не только для жизни тысяч пациентов, не успевших вовремя получить свое лекарство.

КАК ЛЕКАРСТВА ВЛИЯЮТ НА ЦЕЛОСТНОСТЬ ГОСУДАРСТВА

Региональная льгота не просто катастрофически недофинансирована — она разнится по краям, областям и республикам так, как будто речь идет о различных государствах. Обеспеченность онкологическими препаратами варьируется в десять с половиной раз. Обеспеченность всеми остальными — в 7,4 раза. Такие данные по состоянию на 2017 г. приводит **Ирина Свято**, руководитель группы стратегического консалтинга Центра развития здравоохранения «Сколково». Что же получается?

А получается, что граждане одной страны, наделенные Конституцией одними и теми же правами, живут в совершенно различных реальностях. А социальная дезинтеграция — это высокий риск дезинтеграции политической, предупреждает эксперт. Предупреждение таких последствий — в приоритете любой державы, которая хочет остаться на географической карте...

Быть может, ресурсы на лекарственное возмещение все-таки стоит изучить повнимательнее?

СИСТЕМА ЛЕКВОЗМЕЩЕНИЯ С ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ

В этом году профицит федерального бюджета — около 2 трлн руб., сообщает руководитель

Высшей школы организации и управления здравоохранением, председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству **Гузель Улумбекова**. А на всеобщее (это не только льготное) лекарственное возмещение, кроме 233 млрд руб., которые уже есть в системе, нужно еще 350 млрд руб. ежегодно. Но если решение будет принято — оно окажет колоссальный стабилизирующий эффект для социальной обстановки в стране.

Оценки других экспертов — по ряду моделей возмещения — также дают диапазон цифр от 300 до 400 млрд, уточняет Лариса Попович. В сравнении с сегодняшним профицитом федерального бюджета — безусловно, сумма не так уж велика. Но если сравнить ее с объемом средств, циркулирующих в здравоохранении в целом (а не только в государственном его сегменте), — разница еще более впечатляющая. 300–400 млрд — это и 6 трлн руб., в которые входят и добровольное медицинское страхование (ДМС), и личные средства граждан, и еще ряд источников. В их числе и то, что мы сейчас смущенно называем «краудфандинг», — сбор денег «всем миром» на лечение и реабилитацию тяжелых пациентов.

*«Некоторые эксперты уточняют: первоначальные средства в системе возмещения необходимы **только для запуска** ее и поддержания в первые год-два. А дальше — за счет роста эффективности медицинской помощи и снижения потерь здравоохранения в целом — необходимые средства будут находиться внутри самой системы, — объясняет Лариса Попович. — Потому что снизится необходимость в дорогостоящем стационарном лечении (и соответственно, уменьшатся расходы в этом звене). В результате первоначальные инвестиции возвратятся в виде снижения смертности и числа потерянных по болезни лет жизни. Это приведет к росту экономической активности и обеспечит так необходимый нам качественный скачок в социально-экономическом развитии».*

ВКЛАДЫВАТЬ В ПРОФИЛАКТИКУ — МНОГОКРАТНО ВЫГОДНЕЕ

А значит прав и другой наш эксперт — директор по корпоративным связям компании «Санофи Россия» **Юрий Мочалин**: в приоритете

— грамотное расходование бюджетных средств. Да, в любой, даже самой благополучной стране здравоохранение время от времени сталкивается с дефицитом, но рубль, вложенный в предупреждение заболевания, значительно более эффективен. Нужно только искать возможности...

Центром новой системы могли бы стать фонды ОМС, а также фонды социального страхования. Любой добросовестный работодатель производит в них немалые отчисления — однако обращение этих средств не имеет должной прозрачности, обращает внимание **Юлия Крылова**, генеральный директор аптечной организации ООО «ФармМедЦентр «Университетский». Быть может, резервы есть и в этом источнике?

И если проблема старта лекарственного возмещения — не в дефиците финансовых ресурсов, быть может, она в ресурсах организационных?

ЕДИНСТВЕННЫЙ ШАНС ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Запуск лекарственного возмещения потребует кардинально изменить всю структуру взаимоотношений в системе здравоохранения, предупреждает **Николай Беспалов**, директор по развитию аналитической компании RNC Pharma. В частности, отойти от ограничительного подхода и перейти на принцип всеобщности: помощь для всех, у кого есть объективные медицинские показания. Нужно подготовить и необходимую инфраструктуру. В то же время избежать лекарственного возмещения — значит, лишить здравоохранение единственного шанса на перемены к лучшему. Проще говоря, задание сложное, но не выполнить его нельзя.

К тому же, кардинальные изменения — не всегда изменения долгие.

РАБОЧИЕ ВОПРОСЫ: ТАК ЛИ ВСЕ ТРУДНО?

Как заметил научный руководитель НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко **Рамил Усманович Хабриев**: «В первую очередь, необходимо четкое понимание:

- *какие объемы возмещаются государством за приобретение лекарственных средств при их назначении в амбулаторных условиях?*

- *кому они возмещаются, гражданину или аптеке?*

Ответы на вопросы помогут создать инфраструктуру, которая позволит выстроить прозрачную программу лекарственного возмещения. Когда говорю об инфраструктуре — имею в виду и готовность всей товаропроводящей системы. Чтобы на новые рабочие алгоритмы легко могли переключиться и аптека, и дистрибутор, и фармацевтический производитель.

Во-вторых, обязательно решить вопросы, связанные с рациональным назначением препаратов».

ЧЕМУ УЧИТ ИСТОРИЯ ФАРМАЦИИ

Что касается вопросов технических, то ответы на них в изобилии предоставляет и зарубежный опыт, и опыт отечественный. Да, льготное лекарственное обеспечение в его сегодняшнем виде — в большей степени опыт отрицательный, но его ошибки — ценнейший материал при запуске новой системы возмещения.

Никто не отменял и положительный опыт Советского Союза, дававший пациенту гарантированное лекарство, а фармацевтическому производителю (в т.ч. зарубежному) — гарантированную реализацию продукции, вспоминает Юлия Крылова. Специалисты, успевшие застать старую советскую систему возмещения, с радостью поделятся опытом с младшими коллегами во всех сегментах фармации и здравоохранения в целом.

ВРАЧ И АПТЕКА К ВОЗМЕЩЕНИЮ ГОТОВЫ. А ДИСТРИБУТОР?

С организационной точки зрения многое облегчает система ОМС, замечает Лариса Попович. Нужна лишь разработка некоторых новых форм документов, но эти вопросы вполне решаемы. Что касается врача и аптеки, то они к лекарственному возмещению принципиально готовы.

Проблема своевременности платежей — ключевая, и для грядущего (хочется верить) лекарственного возмещения, и для нынешнего льготного лекобеспечения — также из разряда организационных. Стоит обратиться

к соответствующему опыту медицинских учреждений в системе ОМС.

«А небольшой «лаг» — двухнедельный или месячный — при гарантированном спросе можно покрывать за счет товарного кредита», — уточняет директор Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ. — Так повышается и устойчивость всей системы».

Проще говоря, одно из условий работающего лекарственного возмещения — исключить те действия фармацевтического дистрибутора, которые ставят под угрозу выживание аптеки. И, по мнениям экспертов, высказанным еще три года назад на Аптечном саммите, без помощи машины времени отправляют фармацевтический рынок в девяностые...

Но вернемся к вопросу: какая модель лекарственного возмещения подойдет именно России?

ПЛЮС ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВСЕЙ СТРАНЫ

Рассуждать о преимуществах тех или иных программ и откладывать при этом начало работы — не самый лучший путь, предупреждает Николай Беспалов. Исправить ошибки и наладить рабочие процессы можно только на практике. Иначе любая схема, даже самая успешная — не более чем гипотеза.

Для старта полноценного лекарственного возмещения необходимо от полугода до двух лет. Не так уж и много. Главное — начинать с правильных шагов. Как обращает внимание академик Хабриев, «кусками» и сегментами программу делать бессмысленно. Ее надо создавать в пределах всей России, четко определившись с этапами работы.

О «ВОЗМОЖНОСТЯХ» МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ

Что касается пилотных проектов, одна из возможных грубейших ошибок — «привязывать» эксперимент к определенной группе нозологий, предупреждает Ирина Свято. Как только «пилот» стартует в таком формате, в регионе начинается манипулирование медицинской статистикой. Диагнозы «кочуют» из реальной картины в приемлемую, и даже за уменьшением смертности могут скрываться совсем другие результаты.

Как замечает **Алексей Мигулин**, директор отдела по обеспечению доступа на рынок Pfizer Россия, говорить об идеальной модели возмещения не приходится. У каждой организационной схемы — свои ограничения. То, что подойдет для сердечно-сосудистых заболеваний или медицинской профилактики, — вряд ли можно будет применять в борьбе против заболеваний орфанных.

«Необходимо внимательно и осторожно выбирать именно то, что наилучшим в мире образом зарекомендовало себя в той или иной терапевтической области», — подчеркивает эксперт.

Наиболее приемлемый вариант, считает Ирина Свято, — начать всеобщее лекарственное возмещение с возмещения педиатрического. По всем заболеваниям без исключения. Сначала для детей от 0 до 14 лет, затем включить в программу и подростков от 15 до 17. А затем — и всех взрослых пациентов.

ЖДАТЬ ЛУЧШИХ ВРЕМЕН ИЛИ ИСКАТЬ РЕСУРСЫ?

«К сожалению, мы так давно говорим на данную тему! И при этом — мало что делаем. Неудивительно, что невольно уже снизилась концентрация и участники перестают генерировать мысли», — с горечью замечает Дмитрий Целоусов, исполнительный директор ААУ «СоюзФарма». Так работает один из законов теории коммуникаций.

Но если ждать «лучших времен» — ситуация будет лишь усугубляться. Более срочные платежи и более экстренные ситуации «всплывают» всегда, констатирует эксперт.

«Ресурсов всегда будет не хватать. Но если есть способ, позволяющий путем существенной реорганизации добиться достижения государственных целей в области сохранения здоровья населения, — эти ресурсы надо искать», — дополняет Алексей Мигулин.

НЕДОСТАЮЩИЙ ФРАГМЕНТ. И ДЕЛО ДАЖЕ НЕ В ДЕНЬГАХ

«Если под ресурсом понимать политическую волю, то да, ресурсов не хватает», — констатирует Николай Беспалов.

«Самое главное, чтобы была поставлена задача, и об этой задаче сообщили на самом высоком уровне, — объясняет Рамил Хабриев. — Старт лекарственного возмещения начинается с заявления: руководство страны считает целесообразным организовать такую программу. Все надо объявить заранее. Только после этого можно готовить инфраструктуру, специалистов, финансовую базу...».

Что же касается организационных вопросов — в них эксперты Темы номера почти столь же единодушны, как и насчет необходимости лекарственного возмещения.

Монетизация льгот? Решительное «нет». Пусть мы к ней и привыкли. Но, как замечает глава Лиги защитников пациентов **Александр**

Саверский, этот «путь наименьшего сопротивления» подобен такой ситуации: вместо осмотра и консультации врача, вместо назначения лечения пациент в поликлинике... получает деньги.

Всеобщность возмещения? Столь же решительное «да». Даже если будет принята модель с возмещением немногим меньше 100% — право на лекарство должно быть у каждого пациента. И никаких ссылок на льготные категории.

Да, предстоит серьезная работа — однако лекарственное возмещение окупит себя очень быстро. Подведем итог, согласившись с Рамилом Хабриевым: *«Надо думать не только о сегодняшнем дне. Надо думать, прежде всего, о жизни людей, об их здоровье. Это самое главное».*

О СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗИНТЕГРАЦИИ В ЛЕКАРСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ

Свято Ирина

Руководитель группы стратегического консалтинга центра развития здравоохранения «Сколково»



В рамках стратегического развития Российской Федерации ставятся амбициозные задачи в области демографии и здравоохранения, в т.ч. повышение ожидаемой средней продолжительности жизни до 78 лет к 2024 г. и до 80 лет — к 2030-му. Важно заметить, что среди стран, где продолжительность жизни выше 80 лет, нет ни одной, где бы не было лекарственного возмещения.

Если рассмотреть структуру смертности в Российской Федерации, то первое место занимают сердечно-сосудистые заболевания — 47,3% от всех смертей. Смертность от онкологических заболеваний занимает второе место в общей смертности в России, составляя 16,1%. Социально-демографические утраты ведут к потерям экономическим, а именно — к снижению ВВП. Более глубокий анализ показывает, что 64% первичной кардиологической заболеваемости диагностируется в трудоспособном возрасте.

Снижение показателей смертности населения трудоспособного возраста до 350 случаев на 100 тыс. населения является одной из задач в рамках Указа Президента от 7 мая 2018 г. №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Другим целевым показателем Указа является снижение смертности от онкологических заболеваний до 185 случаев на 100 тыс. населения. Надо принять во внимание, что от 84 до 90% всех случаев злокачественных новообразований приходится на предпенсионный и пенсионный возраст. Напомню: поставлена задача дожить до «80 плюс». А недавняя пенсионная реформа — это в любом случае увеличение предпенсионного и пенсионного периода, поэтому надо уделять внимание этой категории населения.

Лекарственное возмещение является неотъемлемой частью оказания медицинской помощи. Давайте посмотрим, насколько доступно сейчас лекарственное обеспечение для населения. Если говорить о физической доступности лекарства, то у нас ситуация лучше, чем в зарубежных странах. В России на одну аптеку приходится 2200 пациентов, в Германии — 3700,

в Великобритании — 4800, а в Соединенных Штатах — 5100. Хотя в сельских районах России ситуация иная: среди ФАП, имеющих право отпускать медикаменты, работают далеко не все.

Что касается экономической доступности препаратов, здесь совершенно другая ситуация. 71% расходов на лекарственное обеспечение оплачивается из личных средств граждан. Только 19% населения у нас охвачено льготами. При этом каналы, через которые проходит льготное лекарственное обеспечение, сильно различаются. Федеральная льгота составляла 79 млрд руб. в 2017 г., причем 55% от расходов приходилось на 0,12% населения. Региональная льгота составляла 75 млрд руб. в 2017 г., но сложившаяся система регионального льготного лекарственного обеспечения реализуется в разных условиях, с разной степени полноты и с разным уровнем эффективности в разных субъектах Федерации. И если говорить о вариациях в лекарственном обеспечении в разных регионах, то различие составляет до 7,4 раза по состоянию на 2017 г. В 2016 г. разрыв между регионами был еще выше — до 8,6 раза. Разница в обеспеченности субъектов Федерации онкологическими препаратами достигает до 10,5 раза.

О чем это говорит? О социальной дезинтеграции страны. А социальная дезинтеграция — это еще и риск дезинтеграции политической. Вот что должно стать приоритетом размышлений и принятия конструктивных решений для Правительства Российской Федерации. Мы живем в одной стране, руководствуемся одной Конституцией и имеем равные права, а в реальности у нас свой «Гондурас» и свой «Сингапур».

Одной из ключевых проблем российского здравоохранения является низкая эффективность лечения в амбулаторном сегменте. Это связано как с экономическими причинами, так и с самой системой лекарственного обеспечения, в т.ч. с неэффективной системой закупки лекарственных препаратов. Федеральный закон 44-ФЗ ориентируется только на цены, а не на качество. Интересы пациентов и мнение врача не принимаются во внимание. Произошло смещение центра принятия решений от врача к чиновнику, ответственному за закупку лекарственных препаратов.

Центр развития здравоохранения «Сколково» начал изучать проблему лекарственного

возмещения со дня основания в 2016 г., когда выполнялся проект для Открытого правительства «Возможности развития фармацевтической отрасли до 2018–2024 гг.». Мы проинтервьюировали более 80 человек — в основном руководителей крупных компаний, министерств, департаментов — и выявили целый ряд проблем в фармацевтической отрасли и лекарственном обеспечении. Тщательно анализируя материал, мы разрабатывали финансовые модели возможного введения лекарственного возмещения в Российской Федерации и подготовили предложения по реализации лекарственного возмещения в нашей стране. Позже, в 2018 г., мы принимали активное участие в работе Минздрава по разработке мер совершенствования системы лекарственного обеспечения и подготовке документов для заседания Госсовета по данному направлению в ноябре 2018 г.

Среди нескольких моделей лекарственного возмещения мы остановились, на наш взгляд, на наиболее оптимальной — это запуск пилотного проекта в нескольких субъектах Российской Федерации для детей при амбулаторном лечении. Охватывая все нозологии при реализации пилотного проекта для детей, фактически отрабатывается будущая схема лекарственного возмещения для всего населения страны. На первом этапе предлагается включить в пилотный проект детское население от 0 до 14 лет, а затем расширить возрастную шкалу от 15 до 17 лет. При этом все существующие льготы (а они есть для детей до трех лет) надо сохранять в полном объеме. В программу предлагается включить лекарственные препараты из списка ЖНВЛП по зарегистрированным ценам производителя в качестве референтной цены. Мы считаем, что эта модель станет хорошей базой для реализации пилотного проекта уже для всего населения.

Понятно, что структура детской заболеваемости отличается от структуры заболеваемости в целом. Но это более приемлемо, чем реализация пилотных проектов по нозологиям, которые, как показала практика, приводят к манипуляции статистикой и в результате — к фактическому провалу проекта. Например, при запуске проекта по сердечно-сосудистым заболеваниям смертность «от прочих заболеваний» составляла полтора процента. В течение года демонстрировалось, что смертность в регионе от ССЗ

серьезно снизилась, но при этом летальность от прочих заболеваний выросла с 1,5 до 10%, т.е. для достижения целевых показателей скрывались реальные данные. Такие риски необходимо учитывать при разработке пилотных проектов, и манипуляции со статистикой должны жестко пресекаться.

«Детский» пилотный проект должен стартовать в тех регионах, где хорошо развита информационная система и отработана система выписки электронных рецептов для осуществления полного контроля и учета. Нам не нужны подделки отчетности — нам нужно понимание реальной ситуации и бережное расходование государственных средств.

Внедрение системы лекарственного возмещения повысит доступность лекарственных препаратов для населения, снизит уровень самолечения, инвалидизации и количество госпитализаций, что сэкономит государственные средства и приведет к росту социальной удовлетворенности населения. Нельзя игнорировать сегодняшнюю социальную неудовлетворенность, которая связана и с низкими доходами наших сограждан, и с пенсионной реформой, и с тем, что 71% расходов на лекарственные препараты оплачивается за счет личных средств граждан. Внедрение системы лекарственного возмещения существенно повысит доступность медицинской помощи для населения в целом.

Мы не настаиваем на том, чтобы лекарственное возмещение было бы стопроцентным. Чтобы усилить ответственность и врача, и пациента, целесообразно вводить схему с частичным возмещением со стороны государства и возможностью соплатежа гражданами, тогда риски полипрагмазии существенно снижаются. Залогом успеха является также и постоянное повышение квалификации врачей с целью оптимизации

назначения лекарственных средств. В любом случае врач, а не чиновник должен принимать решение о назначении того или иного лекарственного препарата.

Информатизация системы здравоохранения в целом и лекарственного обеспечения, в частности, создает прозрачную базу для контроля и учета расходов на лекарственное обеспечение, а также существенно снижает издержки, связанные с несовершенной системой государственных закупок лекарственных препаратов.

Мы исходим из концепции ценностно-ориентированного здравоохранения, в рамках которого во главу угла ставятся интересы пациента. А в чем интересы пациента? Это вовсе не смертность, это — выживаемость, исход заболевания, время выздоровления и возможность работать. Пациенту все равно, локализован данный препарат или нет. Для него важнее другой вопрос: поможет ли лекарство и как быстро? Пациента не интересует оборот койко-мест и другие показатели системы здравоохранения в целом. Тем не менее в конечном итоге интересы пациента соответствуют интересам государства.

Ценностно-ориентированное здравоохранение согласуется с 4П — принципами, декларируемыми Минздравом России (превентивность — пренатальная диагностика, профилактика, партисипативность — участие пациента в выборе технологий лечения на основе предоставленной врачом информации — и персонификация). Для реализации такого подхода должны быть разработаны междисциплинарные клинические рекомендации, которые станут основанием для пакетного финансового возмещения на диагностику и лечение больного. В долгосрочной перспективе это приведет к лучшим исходам для пациента при оптимальных расходах государства.

НАДО ДУМАТЬ НЕ ТОЛЬКО О СЕГОДНЯШНЕМ ДНЕ

Хабриев Рамил

Академик РАН, научный руководитель НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко



Как можно оценить высказывание директора НИФИ при Минфине Владимира Назарова о том, что ресурсов на лекарственное возмещение не будет вплоть до 2024 г.?

Конечно, если при запланированных средствах на здравоохранение мы сегодня

объявим: «Со второй половины 2019 года вводим лекарственное возмещение, причем с широким охватом», — запустить проект будет нереально. На мой взгляд, старт таких программ должен быть достаточно продолжительным по времени. Но не более двух лет — иначе повторится то, что происходит годами...

Самое главное, чтобы была поставлена задача и об этой задаче сообщили на самом высоком уровне. Старт лекарственного возмещения начинается с заявления: руководство страны считает целесообразным организовать такую программу. Все надо объявить заранее. Только после этого можно готовить инфраструктуру, специалистов, финансовую базу.

Программа, которая сделает лекарственные средства доступными для населения, имеет и экономический эффект, при условии, что она хорошо реализована. Это и снижение затрат в секторе стационарной помощи — за счет правильной и более эффективной организации амбулаторного звена. И снижение заболеваемости и смертности.

Стоит ли отказываться от такой возможности только из-за того, что кто-то посчитал, что в «кубышке» чего-то не хватает? Одни эксперты считают, что денег нет, другие — что денег полно. Наверное, не тем людям, которые высказываются сегодня «об отсутствии ресурсов до 2024 года», определять, сколько у нас средств и куда их целесообразно тратить. Это не тот уровень, который должен заявить: доступность лекарства для населения важна.

И не стоит делать заявлений в отношении «достаточности» или «недостаточности», надо говорить о том, как эти средства эффективно использовать.

Абсолютно убежден: лекарственное возмещение необходимо. А подготовка программы должна быть комплексной: информационная поддержка, участие всех заинтересованных сторон, разработка необходимых нормативных актов, обучение участников проекта, контроль. Стоит изучить и зарубежный опыт — опыт коллег, которые давно реализуют подобные проекты.

Но, в первую очередь, необходимо четкое понимание:

- какие объемы возмещаются государством за приобретение лекарственных средств при их назначении в амбулаторных условиях?
- кому они возмещаются, гражданину или аптеке?

Ответы на вопросы помогут создать инфраструктуру, которая позволит выстроить прозрачную программу лекарственного возмещения. Когда говорю об инфраструктуре — имею в виду и готовность всей товаропроводящей системы. Чтобы на новые рабочие алгоритмы легко могли переключиться и аптека, и дистрибутор, и фармпроизводитель.

Во-вторых, обязательно решить вопросы, связанные с рациональным назначением препаратов. Должны быть четко рассмотрены сами списки, на которые программа лекарственного возмещения будет распространяться. Есть опыт составления как позитивных, так и отрицательных перечней лекарственных средств. Если же «все медикаменты всем пациентам», то никаких наших денег на это может не хватить. И не только это!

Задача ведь не в том, чтобы в разы (и как можно скорее) увеличить реализацию фармпрепаратов. Есть «подводные камни», прямо касающиеся безопасности пациента. Например, если серьезно взяться за лекарственное возмещение для детей — надо выполнять те обязательства, которые даны в отношении доступности

педиатрических лекарственных форм. А не так, чтобы родители продолжали ломать голову: как эту таблетку или капсулу разделить на столько-то частей, чтобы соблюсти для ребенка нетоксичную дозу?

Если же «свобода выписки рецепта» будет в отношении пожилых людей, то при той полипрагмазии, которая сегодня существует... Мы с коллегами это проходили. В 2005–2006 гг., когда запускали программу льготного лекобеспечения. Тогда пожилым мужчинам умудрялись выписывать препараты, которые применяются... в гинекологии. Почему? Потому что те, кто имел право на льготы, брали препараты на всю семью.

Вопросов много, но они хорошо знакомы специалистам. И если будет политическая воля — организовать систему лекарственного возмещения окажется не так сложно.

Только не стоит «закрывать глаза» на ту неразбериху в льготном лекарственном обеспечении, которая определена действием разного уровня нормативных документов. Гарантии наличия препаратов, гарантии своевременного отпуска их пациенту — без этого ни одна, даже самая совершенная схема возмещения не жизнеспособна.

А сегодня в некоторых областях 90% пациентов вышли из программы льготного обеспечения. Люди «проголосовали ногами» и взяли деньги. Теперь они не получают набор социальных услуг, который им необходим. Это тоже одна из задач, которую нужно решать лекарственному возмещению. Если готовиться к нему, надо четко систематизировать действующие льготы, серьезно изучить их и, уж конечно, ни в коем случае не монетизировать. Считаю, что одна из ошибок, допущенных на старте программы ОНЛС, — то, что финансовый блок сдался и сказал: «Давайте разрешим монетизацию». Ну монетизировали, ну проедят эти деньги, а как быть с лечением?

Сколько времени уже прошло, но до сих пор есть проблемы с лекарственным обеспечением этих пациентов.

В середине 2000-х программа лекарственного обеспечения началась, подготовленная, можно сказать, на коленке, — сегодня сказали, завтра стартовали. Но с учетом этого опыта, с учетом того, что сегодня совершенно на другом уровне можно организовать логистику и обеспечить контроль всей системы — от назначения лекарственных средств до их применения — ошибки можно исправить. Мы живем в другом времени и другой инфраструктуре. Но тем не менее надо всерьез взять время на подготовку.

Да, запуск лекарственного возмещения потребует серьезных вложений. Но надо думать не только о сегодняшнем дне. Надо думать, прежде всего, о жизни людей, об их здоровье. Это самое главное.

А потом уже рассуждать о том, какими ресурсами программу обеспечить, и как это сделать наиболее рационально. Ведь есть опыт, и зарубежный, и отечественный. Пусть наш опыт с льготным обеспечением во многом негативен, но он тоже во многом ценен. Он поможет не повторять ошибок — пусть еще не все они учтены сегодня.

«Кусками», сегментами эту программу делать бессмысленно. Ее надо создавать в пределах страны, четко дифференцировав этапы запуска. Пилотные проекты? Они затянулись с 2015 г., так и не стартовав по-нормальному. Значит, надо понять почему.

Лекарственное возмещение — программа очень серьезная и многокомпонентная, а обсуждение вопроса «Какие лекарства попадут в программу возмещения и какая категория населения получает такой-то уровень компенсации» — дело тридцать второе.

РЕСУРСЫ ЕСТЬ, МИНФИН НЕ УМЕЕТ СЧИТАТЬ

Саверский Александр

Президент Лиги защитников пациентов



Почему 81 процент пациентов отказываются от льготы на лекарство — точнее, монетизируют ее?

Не потому, что лекарства им не нужны. И не по каким-то другим причинам: наш пациент — человек законопослушный, и даже

в сложнейшей ситуации будет бороться за лечение в правовом поле.

Но чтобы человек получил необходимое ему лекарство, оно должно соответствовать весьма узкому коридору возможностей. Что же это за возможности?

Быть в перечнях — желательно в обоих, ЖНВЛП и ОНЛС. Быть в стандарте, а с 2022 г. и в клинических рекомендациях. Иметь зарегистрированную цену.

А на торгах правило должно быть сформулировано так, чтобы лекарство было доступно, — и именно то, которое считает необходимым врач, а не то, которое выбирает ФАС как самое дешевое.

И, разумеется, лекарство должно быть закуплено и физически находиться на складе. Тогда врач сможет его выписать. Кроме того, должен быть правильно оформлен рецепт.

Все эти условия нужно соблюсти одновременно. И для пациента они порой похожи на игру в лотерею... Вернее, на «русскую рулетку».

Перечисленные юридические коллизии — лишь отражение одной из главных проблем нашего времени: есть закон об обращении лекарственных средств, но нет закона об обеспечении ими пациента. А это две принципиально разных задачи: одно дело — «обращать» лекарства независимо от больного, другое — обеспечивать лекарствами конкретного человека, который в них нуждается. Ошибка эта сейчас уже видна воочию. Особенно когда лекарство становится недоступным по всей стране — например, потому, что не зарегистрирована цена, или из-за проблем тендерной процедуры.

А никакой ответственности за это нет. Никто ни в чем не виноват: зарегистрировать препарат может только производитель. Простите, а где здесь пациент? Где его интересы и их защита? Как быть, если фармпредприятие не будет поставлять препарат в течение года? Или столетия?

Вот такая правовая коллизия: главный закон о лекарственных препаратах составлен в интересах субъектов их обращения, но он не имеет отношения собственно к пациенту.

Конечно, само по себе лекарственное возмещение этой проблемы не решит. Но оно необходимо и пациенту, и стране в целом.

Хотел бы отметить несколько принципов, которые могут быть полезны для лекарственного страхования.

Во-первых, указание на возможность такой системы есть в Федеральном законе об ОМС (№326-ФЗ). Лекарственные препараты включены в структуру тарифа ОМС, в стандарты лечения (а с 2022 г. лекарства будут включены и в клинические рекомендации). Причем подразумевается даже амбулаторное обеспечение пациента, независимо от льготы (к этой правовой позиции регулятор пока не относится с пониманием, но любые изменения в нормативной базе здравоохранения — процесс небыстрый). И если лекарства нет в стандарте, но оно необходимо по жизненным показаниям, то решением врачебной комиссии оно тоже должно быть назначено.

Во-вторых, нужна ли лекарственному возмещению монетизация льгот?

По сути, мы говорим о неправомерной конструкции: нельзя монетизировать конституционное право. И даже то, что пациент получил деньги, не означает, что ему не должны оказывать медицинскую помощь (право на ее оказание нельзя отнять, оно дано Конституцией).

В-третьих, чем полезен опыт системы «одно окно»?

ЖКХ и медицина — конечно, области разные. Но когда «одно окно» только открывалось, многие говорили: это невозможно, коммунальные службы между собой не договорятся. А сейчас человек получает все документы в одной

организации — ведомства и регуляторы взаимодействуют за «одним окном», не создавая гражданину сложностей.

Такой принцип мог бы помочь и лекарственному страхованию — врач, аптека, регуляторные ведомства взаимодействуют между собой, а пациент оперативно получает свое лекарство.

Что касается высказывания директора НИФИ при Минфине... Сегодня в лекарственное обеспечение — в его государственную часть — вложено 380 млрд руб. Сколько еще необходимо для всеобщего и бесплатного лекарственного страхования?

200 млрд — такую цифру назвала на конференции Елена Максимкина, руководитель Департамента обращения лекарственных средств Минздрава России. Получается, из 3,8 трл руб. в системе здравоохранения нет 200 млрд на бесплатные лекарства?

Тогда все мы заплатим намного больше. А в институте при Минфине просто не умеют

считать. Точнее, просто не пытаются этого делать.

Очевидно же, что вовремя данная таблетка сокращает расходы и дает трудоспособность. Лекарственное возмещение, действующее в европейских странах, помогает пациентам избежать преждевременной смертности от инфарктов и инсультов... А ведь это та самая демография. И та самая экономика. А Минфин говорит: «у нас на это денег нет»? На что тогда есть деньги?

На похороны трудоспособного населения?

Инфаркты и инсульты «косят» работающих людей в расцвете сил. Тех, у которых стресс. Стоит проанализировать и статистику вызовов скорой помощи на ЕГЭ. Их главная причина — нарушение мозгового кровообращения. А речь идет о школьниках.

Рассуждения института при Минфине об отсутствии денег — не только абсурд и нарушение Конституции. Это, по сути, преступление.

ДЛЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ НЕТ ПОЛИТИЧЕСКОЙ ВОЛИ

Беспалов Николай

Директор по развитию аналитической компании RNC Pharma



Каких ресурсов нет и пока не предвидится для старта лекарственного возмещения?

Если под ресурсом понимать политическую волю, то да, ресурсов не хватает. Но я думаю — вопрос заключается не только и не столько в дефиците средств.

Во-первых, запуск модели потребует кардинального изменения всей структуры взаимоотношений в системе здравоохранения. Это означает, что от таких инструментов, как списки, нужно отходить. Сейчас списки определяют порядок препаратов, которые выделяются бесплатно. Списки же определяют, каким категориям пациентов эти препараты могут назначаться, и т.д., и т.п. Вся логика основана на системе ограничений.

Здесь нужно применять другой подход: помощью от государства могут пользоваться те, кому она требуется по объективным медицинским показаниям.

Во-вторых, запуск этой системы невозможен технически, пока не сформированы отдельные объекты соответствующей инфраструктуры. Для того чтобы система работала, нужно сформировать набор алгоритмов (протоколов) лечения конкретного заболевания (очень условно их можно сравнить с системой клинических рекомендаций). Необходимо сформировать систему выписки электронных рецептов и их обмена между врачами и аптеками. Нужно построить физически и на программном уровне каналы связи между всеми участниками такой системы и т.д. Этот список можно продолжать очень долго. Пока ни один из элементов не работает полноценно.

В-третьих, финансы. Безусловно, на стартовом этапе запуска системы потребуются инвестиции — как в создание инфраструктуры, так и

на физическую закупку лекарственных препаратов, объемы потребления которых будут очевидно расти. Но во всех странах мира, где подобные форматы лекарственного возмещения присутствуют, система «настраивается» таким образом, чтобы обеспечить экономию. Если есть дженерик, закупается только дженерик. Если препарат оригинальный, заключается долгосрочный контракт с существенным дисконтом и т.д. Это, безусловно, будет давать эффект сдерживания объема финансирования. И все поддается прогнозированию, а при желании может быть оценено в конкретных суммах.

Наконец, от внедрения системы будет получен отсроченный экономический эффект — сокращение сроков болезни, уменьшение случаев самолечения, уменьшение количеств госпитализации и т.д. Все это в совокупности даст системе здравоохранения положительные результаты, в т.ч. и финансовые.

Но есть и четвертый фактор: из текущих участников рынка далеко не все заинтересованы в полноценном запуске данной системы. Если она заработает, очень многие компании-оригинаторы потеряют возможность продавать свои препараты. И как следствие — свои рыночные позиции.

Причина того, что лекарственное возмещение откладывается снова и снова? Как я уже сказал, прежде всего, в отсутствии политической

воли. Внедрение системы действительно требует тектонических изменений в системе здравоохранения. А они сложились исторически и худо-бедно работают — выполняют стратегические задачи, которые ставятся в рамках нацпроектов и указов Президента. Смена этой системы имеет колоссальные риски для инициаторов. Естественно, ответственные лица проявляют в этом отношении осторожность...

Но без внедрения системы лекарственного возмещения добиться качественного улучшения в системе здравоохранения все равно будет невозможно. Делать это придется. Если не сегодня, так послезавтра.

Какая модель возмещения наилучшим образом подходит для нашей страны?

Естественно, заранее на этот вопрос никто ответа дать не сможет. По этому поводу проведено много теоретической работы, сделаны различные предположения... Но все они — не более, чем гипотезы.

На следующем этапе, которого все, собственно, и ждут, должны быть запущены пилотные проекты. В формате эксперимента они позволят как протестировать конкретные модели системы, так и «отработать» некоторые технические моменты порядка назначения, получения препаратов. И организацию финансовых схем оплаты на всех этапах.

РЕГУЛЯТОР СМОЖЕТ СОСРЕДОТОЧИТЬСЯ НА МЕДИЦИНЕ, А НЕ ФИНАНСАХ

Фельдман Олег

Управляющий директор Ipsos Comcon, сервис-линия Healthcare в России



Непродуктивно говорить о некой «идеальной» модели лекарственного возмещения — поскольку она, скорее всего, вряд ли может быть надежно привязана ни к реалиям времени, ни к реалиям рынка.

В силу этого, как мне кажется, должны быть

решены «на берегу» некоторые важные вопросы со стороны государства, а именно: за что оно собирается платить — за количество получивших такое возмещение или за качество полученной помощи?

Вопрос не праздный, поскольку от него зависит понимание направленности насыщенности льготных перечней. Образно говоря, дешевые дженерики или лекарства с доказанной эффективностью?

После решения первого вопроса будут созданы реальные возможности расчета возможных

затрат при разных стратегиях выбора. И тогда можно предложить различные сценарии: кому именно возмещаем, за что и в каком размере.

В любом случае общий предварительный и самый грубый расчет не так уж сложен: берем объем сегодняшнего рынка, оставляем 30% сегодняшнего сегмента государственных компенсаций, от оставшейся части 70% берем приблизительно половину (отсекаем ОТС-сегмент). Получаемая сумма не будет столь уж критичной в сравнении с другими статьями государственных затрат. Далее нужно решить несколько принципиальных вопросов с проблемой качества помощи — отсюда будет понятен принцип составления перечней.

Далее, поскольку затраты все равно будут казаться большими, — идти на сокращение расходов по простому принципу: все высокозатратные расходы (30%) оставляем или модифицируем в ту или иную сторону (опять же решаем вопрос качества). В оставшейся части вводим дифференцируемую систему соплатежей по двойной матрице: тип заболеваний и возраст пациента с системой соплатежей. Например, с 40 до 55 лет при назначении средств для лечения сердечно-сосудистых заболеваний скидка — 50%, от 55 до 60 — 75%, после 60 — полное возмещение. Одновременно вводятся тарифы и границы отсечения строго по МНН. Например, аторвастатин 20 мг, №30 — 150 руб. компенсации, при покупке любого препарата с более высокой стоимостью — доплата со стороны пациента.

Для того чтобы такая система заработала, безусловно, должна быть переработана не только нормативная база, но и система лекарственного возмещения в целом. В нее нужно внедрить новые вводные и знания: например, фармакоэкономические расчеты, рецепт должен получить статус финансового инструмента и отчетности, должны быть введены разумные протоколы

лечения, созданы системы контроля соблюдения протоколов лечения, стандарты финансовой отчетности и движения платежей.

Все технические аспекты, на мой взгляд, решаются проще, чем медицинские, — здесь нужны расчеты и консенсусы. Техника готова к проведению операций и не такой сложности и объема. Понятно, что важный вопрос — это доступ пациентов к врачам в требуемом режиме. Успеет ли мы к 2024 г.?

Вопрос скорее политической воли и выделения ресурсов. При сомнениях реформа может запускаться ступенчато. Например, уже сегодня-завтра — начать с возмещения затрат по 2–3 группам заболеваний, приводящих к высокой смертности и инвалидизации, как сердечно-сосудистые и неврологические заболевания. Можно подключить и назначения для детей, покрывая расходы на рецептурные препараты до 14 или 16 лет. Конечно, речь не может идти только о лекарственном страховании. Скорее всего, должна быть переосмыслена и в целом система оказания медицинской помощи.

В схеме нет ничего принципиально нового, ее элементы не раз обсуждались. Но что крайне важно — соплатежи сохраняют конкуренцию продуктов на рынке и право пациента выбирать для себя приемлемый (на уровне его восприятия) уровень качества препарата. А сохранение конкуренции снизит неоправданно высокий уровень регуляторного давления и создания различных преференций.

Более того, регуляторная часть в большей степени сможет сосредоточиться на медицинских, нежели финансовых аспектах. Возможный импульс получит и система индивидуального страхования в дополнение к государственной помощи. А это также будет стимулировать рыночные механизмы и соблюдение баланса между разными звеньями.

ЕСЛИ НЕ НАЧИНАТЬ, ТО ДЕНЬГИ НИКОГДА И НЕ ПОЯВЯТСЯ

Целоусов Дмитрий

Исполнительный директор СРО «ААУ «СоюзФарма»



Тема лекарственного возмещения, в первую очередь, очень важна для пациентов. Но и государство, поставив перед собой амбициозные задачи по увеличению продолжительности жизни, вновь ищет способы воплощения этой идеи.

Все участники, которые должны быть задействованы в системе: государство, медицинские учреждения, страховые компании и аптеки — понимают, что процесс не быстрый, что он неминуемо будет растянут во времени. Но, к сожалению, мы так давно говорим на данную тему...

И при этом — мало что делаем. Неудивительно, что невольно уже снизилась концентрация и участники перестают генерировать мысли.

Если думать с точки зрения финансов государства (год, другой, мы накопим средства — и тогда сможем приступить к возмещению стоимости на лекарства), то вряд ли такое получится. Потому что всегда «всплывают» какие-то еще более срочные платежи и возникают непрогнозируемые экстренные ситуации.

На мой взгляд, единственный выход — государственно-частное партнерство. Нужно, чтобы страховым компаниям стало интересно включиться в работу лекарственного рынка. Однако есть ряд технических моментов, не позволяющих это сделать.

Один из них — отсутствие работающей системы информационного взаимодействия между субъектами в системе электронного документооборота. Решив этот технический вопрос, включив в него подсистему электронного рецепта,

можно добавить в нее и возмещение по конкретно выписанному рецепту. Но здесь же следует подумать и о включении безрецептурных препаратов, создать некий распорядительный документ.

Функционирующая таким образом система была бы прозрачной и позволяла бы последовательно проследить перемещение лекарственных средств. А регуляторы получили бы понятную отчетность по отпущенным лекарственным средствам и необходимости возмещения. Ведь главные вопросы в модели лекарственного возмещения — это обеспеченность компенсации аптекам финансовых затрат и, конечно же, сроки.

При государственно-частном партнерстве на первом этапе ожидаемы финансовые вливания государства в частичное возмещение лекарственных средств. Но думаю, что если не начинать, то деньги никогда и не появятся.

Сегодня ряд регионов уже анонсировал внедрение (к концу 2019 г.) системы электронного рецепта, т.е. первый шаг будет сделан. Но еще очень важен вопрос о качественной подготовке кадров и возрождении интереса к специальности клинического фармаколога, специалиста, который мог бы анализировать истории назначений тех или иных лекарственных средств и результативность лечения. А затем информировать медицинских и фармацевтических работников.

Ведь и те, и другие относятся к возмещению положительно — например, аптеке оно поможет улучшить отношения с посетителем, избежать многих ситуаций, стрессовых и для специалиста, и для пациента. Аптечные организации — наши участницы — идею лекарственного возмещения поддерживают.

РЕСУРСЫ ЕСТЬ В ФОНДАХ СОЦИАЛЬНОГО И МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Крылова Юлия

Генеральный директор ООО «ФармМедЦентр «Университетский»

Мы, как всегда, стараемся сейчас «изобрести велосипед» — когда можно перенять опыт развитых стран. Или применить опыт нашей дореволюционной страны, который учитывал все обстоятельства и не давал сбоев.

Хронические больные не должны остаться без жизненно важных для них лекарственных средств. Для этого каждый хронический больной был прикреплен к аптеке по месту жительства — и там для него всегда было необходимое лекарство. Пациенту не приходилось «бегать» по аптекам города в поисках необходимого жизненно важного для него препарата. Так было в СССР.

Аптека каждый год в октябре месяце подавала заявку в вышестоящую организацию (Министерство здравоохранения) на количество и ассортимент лекарственных препаратов для прикрепленных к ней пациентов на следующий год. Таким образом, ни один хронический больной не оставался без необходимого ему лекарства.

Министерство здравоохранения, в свою очередь, давало заявку фармацевтическим производителям, чтобы они смогли спрогнозировать, какое количество упаковок данного препарата им надо произвести. Таким образом, и производитель выпускал столько упаковок, сколько необходимо, ни больше и не меньше. Минздрав давал заявку и иностранным фармацевтическим

предприятиям на те импортные препараты, которые у нас в стране не производились.

Опыт СССР — один из примеров налаженной работы по бесперебойному обеспечению населения редкими лекарственными препаратами (например, инсулинами и т.д.).

Кстати, с финансированием в такой системе тоже не было проблем: налоги с работающего населения распределялись с учетом необходимости.

Проблем с финансированием не должно быть и сейчас: ведь работодатель из фонда заработной платы перечисляет налоги на социальное и медицинское страхование. Эти фонды не отчитываются перед населением — сколько, куда и на что было израсходовано денежных средств. А ежемесячные поступления туда очень большие.

Поэтому, переняв опыт развитых стран и учитывая опыт нашей страны прошлых лет, можно решить все вопросы с обеспечением хронических больных жизненно необходимыми важными препаратами. Да и пора уже их решать...

Остались ведь еще в нашей стране старые кадровые работники, которые могут поделиться опытом и рассказать, как это удавалось — работать так, чтобы никогда ни один хронический больной не оставался без такого необходимого ему лекарства.

ЭФФЕКТИВНОЕ РАСХОДОВАНИЕ БЮДЖЕТА — ВОПРОС АКТУАЛЬНЫЙ

Мочалин Юрий

Директор по корпоративным связям «Санофи Россия»



Специфика фармацевтического бизнеса — долгий горизонт планирования. Поэтому фармацевтическим предприятиям интересно работать на рынке с четкой и понятной стратегией развития, «правилами игры» и стабильным финансированием. И о

том, насколько фармацевтическая промышленность заинтересована работать в системе лекарственного страхования, можно говорить лишь тогда, когда появится сама схема такой работы. А речь о переводе лекарственного обеспечения граждан на всеобщее возмещение идет уже не первый год...

И самая лучшая модель возмещения — когда лекарства были бы бесплатны для всех, кому они назначаются врачом. Кроме того, не раз уже говорилось и о том, насколько важно лечение на ранних стадиях заболевания, насколько важна профилактика.

Как известно, рубль, вложенный в предупреждение заболевания, многократно более эффективен. Действующая система лекарственного обеспечения не охватывает людей трудоспособного возраста и людей с начальными стадиями заболевания. А ведь их лечение могло бы принести большой эффект как с медицинской, так и с экономической точки зрения!

И если говорить о ресурсах государства, то понятно: в любой, даже самой благополучной стране, всегда есть некоторый дефицит бюджетных средств, выделяемых системе здравоохранения. При этом, мы уверены, что существуют точки, которые могли бы стать «драйверами роста» для высвобождения необходимого финансирования, — в первую очередь, это более эффективное расходование средств.

Так, если будем вкладывать больше средств именно в профилактику, а не делать акцент

лишь на очень дорогое лечение осложнений и последствий хронических заболеваний, такой подход позволит высвободить дополнительные резервы.

Еще одним источником дополнительных средств могло бы стать возвращение страхового принципа, т.е. условно, когда «здоровый платит за больного». Нынешняя монетизация льгот мало того, что приводит к удвоению бюджетных затрат на льготников, — она еще и «убивает» страховой принцип, который на самом деле изначально лежал в основе всей системы страхования.

Кроме мною перечисленного, высказывалось еще много разных идей, как обеспечить приток дополнительных средств, в т.ч. через дополнительные акцизы на алкоголь и табак.

На наш взгляд, это способствовало бы популяризации здорового образа жизни. А также давало бы существенное дополнительное финансирование. Такую идею высказывало и Министерство здравоохранения РФ, но, насколько нам известно, в итоге все предложенные законопроекты не были приняты.

Существующая сейчас логистическая модель лекарственного обеспечения в рамках федеральной программы ОНЛС, на наш взгляд, может быть масштабирована до системы всеобщего лекарственного обеспечения после определенной доработки. Здесь могут быть применены и элементы соплатежей — когда некая фиксированная сумма за МНН возмещается государством, а если пациент хочет получить более дорогостоящий препарат, он оплачивает уже из собственных средств.

Россия, несмотря на последние геополитические изменения, остается частью глобального рынка. А значит локальные тренды вполне соответствуют глобальным практикам в здравоохранении. Сейчас все большее распространение имеют такие направления, как таргетная медицина и персонализированная медицина. В то же время остается устойчивым спрос на так называемые традиционные лекарственные препараты.

Если же говорить о дальнейших изменениях, которые необходимы, то, как уже было сказано, на наш взгляд, это, прежде всего, эффективное расходование средств. Несмотря на то, что Президент России ставит задачи по повышению

финансирования здравоохранения в отношении процента ВВП, оно по-прежнему остается недостаточным. А значит вопрос эффективности расходования становится очень актуальным.

РЕСУРСОВ БУДЕТ НЕ ХВАТАТЬ ВСЕГДА, НО ИХ НАДО ИСКАТЬ

Мигулин Алексей

Директор отдела по обеспечению доступа на рынок, Pfizer Россия



Отечественный лекарственный рынок — уникальный в своем роде. У нас действует ряд федеральных программ амбулаторного обеспечения лекарственными препаратами, ряд региональных программ в рамках Территориальных программ государственных

гарантий (ТПГГ), однако доля ритейл-сегмента остается очень высокой. Она занимает более половины всего рынка лекарственных средств.

Естественно, на таком рынке очень многое зависит от покупательской способности населения. Значительно сложнее людям, которые по каким-либо причинам выбрали путь монетизации своих льгот, а потом столкнулись с серьезным заболеванием. И лечение стоит значительных денег. Очень часто пациенты просто лишаются возможности получить необходимую терапию, и это очень печально.

Как будет развиваться ситуация в дальнейшем? Сложно предположить. Но если государству удастся убедить отказаться от монетизации льгот тех, кто уже сделал это, и пациенты вернутся в систему — это может дать те ресурсы, которые как раз и необходимы. Мы предполагаем, что люди будут готовы вернуться — или не «монетизировать» свое право на льготу — когда списки будут включать в себя новые и востребованные препараты, а гарантированное лечение будет возможно без длительного ожидания.

Говоря о других инициативах, важно завершить работы по клиническим рекомендациям, маршрутизации пациентов в рамках нескольких уровней медицинской помощи, проработке критериев оценки качества оказания медицинской помощи, гармонизации и «вычистке» перечней, переходу на электронный документооборот и созданию реальных регистров пациентов. Без этого новая система лекарственного возмещения вряд ли заработает правильно. Я очень рад отметить, что все эти инициативы в той или иной мере сейчас обсуждаются на государственном уровне.

На наш взгляд, нельзя пока сказать, что отечественное здравоохранение и законодательство на 100% готовы к лекарственному возмещению. Процесс подготовки к переходу на новую систему лекарственного обеспечения невозможно провести за несколько лет: необходимо долгосрочное планирование данного процесса и нужна серьезная переработка (или значительное дополнение) существующей законодательной базы.

Мы отмечаем отдельные попытки «настроить систему»: шаги гармонизации наборов так называемых льгот, перечней лекарственных препаратов... Есть предложения зафиксировать законодательно ответственность самого человека за сохранение своего здоровья, внедрить единые Клинические рекомендации. Это все, разумеется, хорошо и правильно, но полумерами здесь не обойтись.

Переход на лекарственное возмещение будет серьезным шагом не только для государства: фармацевтическим компаниям с большой долей вероятности придется перестраиваться,

чтобы существенно менять модель организации своей работы. Как именно — вопрос все еще открытый. Но мы готовы на эти изменения ради лучшей доступности препаратов. И, в конечном итоге, ради каждого пациента в России.

Поэтому мы с большим вниманием следим за последовательным развитием системы лекарственного обеспечения в нашей стране. Мы были свидетелями внедрения систем лекарственного возмещения в других странах, ступивших на этот путь раньше России, и был накоплен значительный опыт в реализации данного подхода. Система лекарственного возмещения позволяет государству вовлечь самих пациентов в процесс сохранения своего здоровья и профилактики заболеваний — чего крайне редко удастся добиться в текущей системе лекарственного обеспечения.

Мы уверены, что внимание человека к его собственному здоровью является важнейшим фактором для улучшения здоровья населения в целом. Говорить о существовании идеальной модели возмещения не приходится — у каждой из них есть свои плюсы и минусы. Есть и ограничения, которые также нужно учитывать: модели, которые подойдут для лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и для усиления профилактики, вряд ли можно будет с легкостью использовать для борьбы с орфанными заболеваниями.

Необходимо внимательно и осторожно выбирать именно то, что наилучшим в мире образом

зарекомендовало себя в той или иной терапевтической области. Pfizer готов делиться своим мировым опытом, открыто вступая в диалог с государством. Мы положительно оцениваем становление российской системы оценки технологий здравоохранения и связываем с ней большие надежды на быстрый доступ пациента к инновационной, прорывной и жизнеспасающей терапии.

Есть ли сейчас ресурсы для старта лекарственного возмещения?

Ресурсов всегда будет не хватать. Но если есть способ, позволяющий путем существенной реорганизации добиться достижения государственных целей в области сохранения здоровья населения — эти ресурсы надо искать. Тем более, тут скорее стоит говорить о перераспределении ресурсов. Не стоит забывать и то, что расходы, связанные с переходом на более эффективную систему здравоохранения, — это, по сути своей, инвестиции. Они не краткосрочные, но дадут существенные дивиденды в будущем.

Не говоря уже, что те же риск-шеринг и кост-шеринг уже сейчас могут дать как регионам, так и государству вполне весомую экономию затрат по определенным нозологиям. Да, экономическая составляющая ситуации также нуждается во взвешенной оценке и проработке. Но опять же скажу: у нас есть прекрасная возможность посмотреть на страны, которые уже прошли этот путь. И использовать их опыт и знания.

ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ПО-ПРЕЖНЕМУ НЕ ХВАТАЕТ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Попович Лариса

Директор Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ



Размер средств, необходимых для внедрения системы частичного или полного возмещения стоимости лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача пациентам при лечении в амбулаторном звене (далее — «система лекарственного возмещения»), эксперты рассчитывали уже много раз. Эти суммы, по различным оценкам, составляют менее 7–8% от общего объема финансирования здравоохранения. Но суммарный социальный и экономический эффект, который они могут дать, многократно выше.

Способов рассчитать размер необходимых ресурсов для системы лекарственного возмещения существует несколько — и по сложившимся объемам потребления, и по стандартам медицинской помощи, и по актуальным данным страховой статистики. Мы несколько лет считали всеми этими методами, и разброс был значительный, в зависимости от предполагаемой организационной модели и объема обязательств. Поскольку решения по модели нет, разные эксперты делают разные предположения. Однако чаще всего называются суммы от 300 до 400 млрд. При этом в самой системе здравоохранения, по разным оценкам, обращается не менее 6 триллионов рублей (включая государственный и частный сегмент). Ведь финансы здравоохранения не ограничиваются лишь теми средствами, которые направляются из фонда ОМС и бюджетов разных уровней.

Есть расходы корпораций на программы оздоровления для сотрудников, на содержание медсанчастей, компенсацию расходов или предоставление здорового питания, дотации на занятия спортом. Естественно, расходы на добровольное медицинское страхование (ДМС). А помимо расходов корпораций, существует

платная медицина, на которую граждане тратят свои средства. Но, кроме всего прочего, есть ведомственные системы здравоохранения, где проходят очень немалые расходы. А еще есть оплата по страховкам здоровья для отдельных категорий работников. Нельзя забывать и клинические испытания лекарств, где тоже фигурируют очень немалые деньги. И наконец, есть то, что стыдливо называется «краудфандингом», когда мы «всем миром» собираем деньги на лечение или реабилитацию детишек. Судя по всему, там фигурируют немалые ресурсы. Поэтому хочется верить, что собранные деньги всегда идут по назначению...

Учитывая все эти источники, мне представляется, что оценки ВОЗ можно считать даже заниженными: организация полагает, что государственные расходы — это примерно половина (51%) вложения в отечественное здравоохранение. На долю других источников приходится, соответственно, 49% — так Всемирная организация здравоохранения оценивает нас с 2013 г.

Некоторые эксперты уточняют: первоначальные средства в системе возмещения необходимы только для запуска ее и поддержания в первые год-два. А дальше — за счет роста эффективности медицинской помощи и снижения потерь здравоохранения в целом — необходимые средства будут находиться внутри самой системы. Потому что снизится необходимость в дорогостоящем стационарном лечении (и соответственно, уменьшатся расходы в этом звене). В результате первоначальные инвестиции возвратятся в виде снижения смертности и числа потерянных по болезни лет жизни. Это приведет к росту экономической активности и обеспечит такой необходимый нам качественный скачок в социально-экономическом развитии.

Как подойти с организационной точки зрения? Все не так сложно: у нас есть система ОМС. Нужно просто проработать некоторые новые формы договоров и новые формы учета. Врачи и аптеки принципиально готовы к лекарственному возмещению. Просто система

взаиморасчетов между ними, договоров между фондами и лечебными учреждениями еще не налажена. И это организационные моменты — они решаются.

Аптеки часто волнуются относительно того, как будет обеспечиваться в этой системе своевременность платежей. На мой взгляд, эта проблема — из разряда организационных. В век информационных технологий аудит счетов проходит очень быстро. Для медицинских учреждений в системе ОМС эта процедура давным-давно отлажена. Такая система подойдет и лекарственному возмещению. А небольшой «лаг» — двухнедельный или месячный — при гарантированном спросе можно покрывать за счет товарного кредита. Так повышается и устойчивость всей системы.

В 1996–1998 гг. мы вводили в некоторых регионах программу лекарственного возмещения в рамках постановления №890. Вместе со страховыми компаниями РОСНО и МАКС организовали ее в нескольких регионах страны, и она показала свою эффективность. К сожалению, этот эксперимент пришлось остановить из-за кризиса 1998 г. Но из практического опыта могу сказать, что запуск аналогичной системы в регионе не занимает более полугода.

На мой взгляд, лекарственное возмещение в амбулаторном звене — это абсолютно обязательная опция для любой системы здравоохранения. Как и своевременная медицинская помощь. Ведь очевидно, что болезнь в самом ее начале значительно легче повернуть вспять, если пациент получит вовремя эффективное лекарство. И тогда не будет происходить хронизация или утяжеление, снизится необходимость в дорогом стационарном лечении.

Мы же не имеем такой системы. Точнее, имеем ее для очень ограниченного числа пациентов,

т.н. «льготных категорий». А суммарно это — менее одной пятой населения. При этом перечень доступных этим «счастливчикам» препаратов все же ограничен.

Как правило, пациенты льготных категорий — люди уже очень больные. И болезнь вспять уже не повернешь. Можно только отсрочить наступление обострения. А остальные четыре пятых населения вынуждены покупать лекарства в аптеке за свой счет — и значит, все определяется их платежеспособностью. Все ли и всегда ли могут заплатить за эти лекарства?

Как вы думаете, какой самый частый ответ на вопрос «Почему вы не покупаете рекомендованные вам лекарства?» — «Потому, что они дороги. Мы не можем себе это позволить». Если человек не может купить лекарство, болезнь затягивается. Он попадает в стационар, где лекарства бесплатные... Но это запущенность болезни. И существенно более плохой прогноз для жизни и восстановления здоровья.

В результате получается: экономя на сегменте лекарственного возмещения на первоначальном этапе болезни, мы имеем существенно более значительные расходы в сегменте стационарной помощи.

То, что Минфин не может найти деньги на запуск и не может оценить эффективность системы лекарственного возмещения, — крайне печально. Отсутствие ресурсов на лекарственное страхование до 2024 г.? Значит, мы продолжаем идти по неэффективному пути развития здравоохранения. И достигнуть целевых показателей, предусмотренных в Указе Президента, без кардинального изменения своего отношения к приоритетам финансирования в здравоохранении мы вряд ли сумеем.

БЮДЖЕТ ДОЛЖЕН РАБОТАТЬ НА СБЕРЕЖЕНИЕ НАРОДА, А НЕ НАОБОРОТ

Улумбекова Гузель

Руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением, д.м.н.



Хочу отметить, что правительству страны за последние 5 лет удалось добиться роста продолжительности жизни населения на 2,5 года (с 70,2 до 72,7 лет). Это было сделано за счет программ в здравоохранении и реализации мер по антитабачной и анти-

алкогольной политике. Тем более это значимый результат, что его удалось добиться в условиях, когда (за этот же период) государственные расходы сократились на 18% в постоянных ценах. Но сегодня резервы системы здравоохранения по снижению смертности исчерпаны...

Важно, что принят и будет реализовываться национальный проект «Здравоохранение». Однако существенное увеличение расходов на лекарства в нем предусмотрено только для онкологических заболеваний. А без увеличения доступности препаратов для лечения болезней системы кровообращения, инфекционных заболеваний, лечения детей и подростков намрывка в увеличении продолжительности жизни к 2024 г. до 78 лет не сделать. Поэтому откладывать эти решения нельзя.

Почему именно лекарства — и почему за государственный счет? *Во-первых*, таблетка — это основной инструмент врача. На примере развитых стран доказано, что благодаря расширению объемов лекарственной терапии в амбулаторных условиях существенно снизилась смертность от болезней системы кровообращения, от злокачественных новообразований, от инфекций.

Во-вторых, в России государство в амбулаторных условиях тратит на лекарства в 2,5 раза меньше средств, чем в «новых» странах Евросоюза, близких к нам по уровню экономического развития (Чехия, Польша и др.). Вдобавок, у нас эти средства идут только на категории населения, имеющие специальные льготы, а у них — на всех, кто нуждается. Кстати, в названных странах сегодня продолжительность жизни — как раз 78 лет.

В-третьих, в амбулаторном секторе личные расходы населения на лекарства в нашей стране составляют более 80% от всех расходов, а в «новых» странах ЕС — 60%. В результате в России расходы на лекарства ложатся серьезным бременем на бюджет семей. Тем более в условиях стагнации реальных доходов населения.

Сколько надо денег дополнительно на программы лекарственного обеспечения и где их взять? Дополнительно к 233 млрд руб., которое сегодня тратит наше государство из бюджетов всех уровней, необходимо еще 350 млрд руб. ежегодно. Это как раз в 2,5 раза больше, чем сегодня. Эти средства должны пойти дополнительно на лекарственное обеспечение тех граждан, кто сегодня не имеет льгот, но которым врач выписал лекарство.

Касательно государственных расходов, то основным источником средств должен стать федеральный бюджет: бюджеты большинства регионов сегодня дефицитны. Тем более что в 2018 г. профицит федерального бюджета — около 2 трлн руб. Все-таки бюджет должен работать на сбережение народа, а не наоборот. Если решение будет принято с 2020 г., оно сохранит десятки тысяч жизней наших граждан до 2030 г. и окажет существенный положительный эффект на настроения людей.



ВСЕ ЧАЩЕ СТАЛИ ОФОРМЛЯТЬ ОНЛАЙН- ЗАКАЗ НА ЛЕКАРСТВА

Район **Чертаново Северное** входит в состав Южного административного округа Москвы. Его площадь составляет 540 га, а население — около 114,5 тыс. человек.

В 1969–1980 гг. Чертаново — крупнейший массив жилищного строительства, созданный на территории более 2000 га по проекту авторского коллектива под руководством архитектора В. Воскресенского. В 1975–1980 гг. здесь отстроен уникальный для столицы экспериментальный жилой комплекс «Микрорайон Северное Чертаново», который первоначально использовался как олимпийская деревня.

Исследовано 27 аптечных предприятий:

ООО «Ригла» — аптека №1271 (Варшавское ш., д. 97), аптека №159 (мкр. Северное Чертаново, корп. 1а);

ООО «Нео-Фарм»: аптека №77–106 АС «Нео-фарм» (мкр. Северное Чертаново, корп. 1а); АС «Аптеки «Столички» — АП №97 (Кировоградская ул., д. 9, корп. 4), АП №201 ООО «Нео-Фарм» (Сумской пр., д. 2, стр. 2);

аптека АС «А-Мега» ООО «Мега-Фарм» (Чертановская ул., д. 20, корп. 2), аптека АСНА ООО «Лекарь Фарм Чертаново» (мкр. Северное Чертаново, д. 2, корп. 203), аптека АСНА ООО «Поларт-Арт» (Кировоградская ул., д. 9, корп. 2), аптека №1266 АС «Будь здоров» ООО «Аптечная сеть 03» (Сумской пр., д. 5, корп. 1), аптека АС «Здоров.ру» ООО «Технофарм» (Чертановская ул., д. 1г), аптека АС «Севфарм» ООО «Галант-С» (мкр. Северное Чертаново, д. 7, корп. б), аптека АС «Планета здоровья» ООО «Парацельс» (Сумская ул., д. 6, корп. 1), аптека АС «Столичная аптека №1» ООО «Эскулап ЮВАО» (Кировоградская ул., д. 12, корп. 2), аптека ООО «Целитель» (Балаклавский просп., д. 5а), аптека ООО «Фирма «Биолайн» (Балаклавский просп., д. 7, стр. 2), аптека ООО «Фармапарк» (мкр. Северное Чертаново, д. 5, корп. г), аптека ООО «Глюкоза» (Кировоградская ул., д. 4, корп. 3а), аптека ООО «Олекс-инвест» (Чертановская ул., д. 9, стр. 1), ООО «Фирма «Мебель-сервис» (Чертановская ул., д. 9, стр. 3);

ООО «Аптека А.В.Е.»: АС «ГорЗдрав» — АП №1974 (Чертановская ул., д. 1в, корп. 1), АП №156 (мкр. Северное Чертаново, корп. 208), АП №1383 (мкр. Северное Чертаново, корп. 823),

АП №1490 (Кировоградская ул., д. 9, корп. 4), АП №2123 (Кировоградская ул., д. 9, корп. 1); АС «36,6» — АП №407 (Кировоградская ул., д. 14);

АП АС «Аптеки «Столички» ООО «Социальная сеть «Столички» (Балаклавский просп., д. 5а); АП №959 АС «Озерки» ООО «Планета-ТМ» (Сумская ул., д. 2/12).

В исследовании приняли участие 220 человек, из них 60% составляют местные жители (примерно 65% — женщины). Возрастные категории разделились примерно поровну: люди молодого возраста, а также группа от 55 и старше — по 30%, среднего возраста — 40%.

ФАКТОР УСПЕХА аптечных предприятий

МЕСТОРАСПОЛОЖЕНИЕ

Важно для 60 человек.

Район Чертаново Северное компактно расположен по оси сразу трех основных магистралей — Чертановской и Кировоградской ул., а также Варшавского ш. Западнее Чертановской ул. располагается обособленный, когда-то экспериментальный микрорайон Северное Чертаново, в восточной части — промзона. С севера и юга границы пролегают по Балаклавскому просп. и Днепропетровской ул. со ст. м. «Чертановская» и «Южная» соответственно. Здесь работают крупные торговые центры, в которых арендуют павильоны в т.ч. и аптечные предприятия.

У ст. м. «Чертановская» ведут активные продажи: АП №159 «Ригла» — в ТРЦ «Аventura» на

1-м этаже возле эскалатора и аптека АС «Нео-Фарм» в формате гипермаркета красоты и здоровья — на 2-м этаже, АП «Аптеки «Столичики» и аптека ООО «Целитель» — в ТЦ «Штаер», АП №407 «36,6» — в «Глобал Сити», АП №156 «ГорЗдрав» — в ТЦ «Каспий», аптека ООО «Фирма Биолайн» — в ТЦ «Альянс». Кроме того в небольшом торговом центре у этой станции метро успешно работает аптека АС «Здоров.ру» ООО «Технофарм», а АП №1974 «ГорЗдрав» — в пристройке к жилому дому на проходном месте.

Алевтина Николаевна, 52 года, сотрудница НИИ: *«В основном я покупаю лекарства по пути с работы у метро «Чертановская». Здесь расположены сразу три недорогие аптеки — «Столичики», «ГорЗдрав» и «Здоров.ру», где выгодные цены и очень богатый выбор препаратов. По моим наблюдениям, шансы купить именно то, что доктор прописал, здесь наиболее высоки. Ну а если лекарство потребовалось срочно — бегу в «Севфарму» около моего дома. Там немного дороже, зато доступна круглосуточно».*

У ст. м. «Южная» — конечно же, АП №1490 «ГорЗдрав» и АП №97 «Аптеки «Столичики» — в ТЦ «Южный», а еще АП №2123 «ГорЗдрав» — рядом с супермаркетом «Билла» в ТЦ «Акварель». Аптека «Озерки» занимает помещение в доме по соседству с салоном «Ортека» неподалеку от ст. м. «Южная», здесь же у выхода из ст. м. «Столичная аптека №1» ООО «Эскулап ЮБАО» занимает небольшое помещение в пристройке к жилому дому.

Восточнее Варшавского ш. работает крупный ТЦ «Ритейл Парк», где расположилась аптека №1271 «Ригла», — напротив гипермаркета «Ашан».

АП №1383 «ГорЗдрав» работает в небольшом торговом центре напротив касс супермаркета «Перекресток». Очень популярный у местных жителей АП №201 «Аптеки «Столичики» расположен в помещении с отдельным входом в одноэтажном торгово-бытовом здании рядом с универсамом «Пятерочка», аптека АС «А-Мега» — в самом универсаме «Пятерочка», только на другой улице. Аптека ООО «Фармапарк» расположилась в прикассовой зоне универсама «Дикси».

Аптека ООО «Глюкоза» функционирует на 2-м этаже торгово-административного здания рядом с универсамом «Магнит», но успешной работу назвать трудно. Такое ощущение, что

сюда доходят только посетительницы парикмахерской, работающей по соседству, да и разнообразием ассортимента аптека не может похвастаться.

И аптека ООО «Фирма «Мебель-сервис» пока не может конкурировать с аптекой ООО «Олексинвест» — обе занимают помещения в небольшом торговом бытовом центре, только у первой вход с торца здания, а у другой более выгодный — со стороны оживленной улицы. Внутреннее оформление тоже, как говорится, «почувствуйте разницу»...

АССОРТИМЕНТ

Важен для 62 человек.

На многих специализированных форумах представители аптечного ритейла говорят, что одним из факторов успеха их бизнеса является умелое планирование и управление ассортиментом аптеки. Сетевые аптеки могут полагаться на поддержку в этом вопросе со стороны головного менеджмента. Аптеки поменьше, особенно независимые предприятия, вынуждены заниматься этими вопросами самостоятельно — кропотливо изучать спрос, его особенности, правильно оценивать потенциальные потребности населения, умело работать с поставщиками. Когда речь идет о ходовых препаратах, почти все способны создавать достаточные товарные запасы различных дозировок. В больших аптечных сетях такие запасы больше, в маленьких — на минимальном уровне. Поэтому нередко нужного лекарства в нужной дозировке не оказывается в наличии. А если какое-либо лекарство спрашивают редко? Маленькая аптека такой препарат, скорее всего, закажет под конкретного клиента.

Как показало исследование, желающих ждать, пока препарат придет в аптеку (если только речь не идет о действительно редком лекарстве), становится все меньше. Большинство хочет купить сразу то, что необходимо, в нужном количестве и дозировках. Такие посетители выбирают крупные аптечные сети. В маленьких аптеках около дома большим спросом пользуются недорогие и самые ходовые препараты.

Александра, 39 лет, менеджер туристической компании: *«В принципе я планирую каждый поход в аптеку. Когда мне нужно что-то простенькое — беру, где поближе. Если нужно дорогое лекарство или несколько препаратов, то кропотливо*

ищу место, где можно купить все сразу и не переплачивать. Чаще всего это сетевые аптеки с большим ассортиментом. Причем заметила, если ты приходишь в аптеку и не знаешь, что тебе конкретно нужно, фармацевт сначала начинает предлагать что-то подороже».

В АП №407 «36,6» недорогие препараты отечественных производителей — аспирин, анальгин, парацетамол — лежат перед кассами в специальном лотке. Цены на остальной ассортимент кусаются.

В аптеке АС «Здоров.ру» ООО «Технофарм» — отпуск ведется на 6 кассах, в АП №959 «Озерки» ООО «Планета-ТМ» — на 8! Представляете, какое здесь разнообразие ассортимента, «народная тропа» сюда не зарастет.

Аптека АС «Нео-Фарм» в ТРЦ «Аventura» работает в формате гипермаркета красоты и здоровья — от изобилия товаров для здоровья, косметики и продукции парафармацевтики глаза разбегаются!

В аптеке АСНА ООО «Поларт-Арт» имеются в продаже слуховые аппараты, а в аптеке АС «Планета здоровья» большой выбор продукции ортопедии.

Весьма скудный ассортимент в аптеке ООО «Глюкоза», в АП ООО «Фирма «Мебель-сервис» многие позиции в ассортименте отсутствуют. То же самое можно сказать об аптеке сети «А-Мега», функционирующей в «Пятерочке» на Чертановской ул., д. 20.

Как гласит реклама, «Столичная аптека №1» предлагает широкий ассортимент», что не соответствует действительности, во всяком случае, на момент проводимого нами исследования многих даже ходовых препаратов в наличии не было.

ЦЕНЫ

Важны для 69 человек.

Рост цен на лекарственные препараты продолжает чрезвычайно волновать потребителей. Для густонаселенного района, каким является Чертаново Северное, актуально

наличие недорогих аптек с хорошим выбором препаратов. Именно поэтому здесь хорошо представлены именно те сети, которые уже давно зарекомендовали себя: «Аптеки «Столички», «ГорЗдрав», «Здоров.ру», «Будь здоров». Многие из респондентов отдают им предпочтение.

Места в крупных торговых центрах («Ритейл-парк», «Глобал-сити», «Аventura») с их обилием дорогих бутиков и магазинчиков, рассчитанных на более состоятельную публику, занимают «Ригла», «36,6» и «Нео-Фарм». Но в них за счет хорошего выбора также можно найти препарат из недорогой ценовой категории.

Многие респонденты признаются, что, прежде чем идти в аптеку за лекарством, прибегают к помощи специализированных информационных сайтов для сравнения цен. И всякий раз убеждаются, что дешевле «Столичек», «ГорЗдрава» и «Здоров.ру» найти аптеку трудно.

Более того, при заказе препаратов через интернет-аптеку цена, чаще всего, оказывается существенно ниже той, которая установлена в розничной точке продаж. Клиенты, оформившие онлайн-заказ, имеют право на его получение в аптеке без очереди. Помимо упомянутых выше, этими преимуществами активно пользуются посетители аптек «Озерки», «36,6», «Ригла» и «Будь здоров».

К числу лидеров по ценовому фактору неожиданно подключились сети «Планета здоровья», «Озерки», а также единичная ООО «Олексинвест».

Если кому-то понадобится препарат «Предуктал ОД», то лучше его приобрести в сети «Планета здоровья», нежели в «36,6» (табл.).

Вениамин, 41 год, инженер: *«Раньше я полагал, что если аптека расположена удачно в проходном месте, то цены в ней должны быть выше, чем в более мелких аптеках. Был приятно удивлен после визита в аптеку «Планета здоровья». На интересующие меня препараты цены оказались невысокими. Еще и скидку предоставили. Придется освободиться от своих стереотипов».*

Табл. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЦЕНА НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Аптека	Лекарственный препарат		
	Предуктал ОД, капс. 80 мг, №60 (Сервье, Россия)	Ингавирин, капс. 90 мг, №7 (Валента Фарм, Россия)	Кларитин, табл. 10 мг, №30 (Шеринг Плау, Бельгия)
АП №97 «Аптеки «Столички»	1390-00	496-50	560-00
Аптека «Здоров.ру» ООО «Технофарм»	1418-00	482-00	—
АП «Аптеки «Столички» ООО «Социальная сеть «Столички»	1460-00	497-00	578-50
Аптека №77–106 ООО «Нео-Фарм»	1500-00	568-00	632-00
Аптека АС «Планета здоровья» ООО «Парацельс»	1260-00	524-00	559-00
АП №1974 АС «ГорЗдрав»	1421-00	544-00	619-00
АП №1490 АС «ГорЗдрав»	1530-00	544-00	682-00
АП №2123 АС «ГорЗдрав»	—	544-00	707-50
АП №156 АС «ГорЗдрав»	—	544-00	619-00
Аптека ООО «Олекс-инвест»	1585-00	575-00	630-00
Аптека АСНА ООО «Лекарь Фарм Чертаново»	1574-00	510-00	645-00
Аптека АСНА ООО «Поларт-Арт»	1711-00	513-00	—
Аптека ООО «Фармапарк»	1583-00	575-00	628-00
Аптека АС «А-Мега»	1691-00	565-00	—
Аптека «Севфарм» ООО «Галант-С»	1685-00	578-00	639-00
АП №407 АС «36,6»	1826-00	623-00	707-00
АП №959 «Озерки» ООО «Планета-ТМ»	—	525-00	600-00
Аптека «Столичная аптека №1» ООО «Эскулап ЮВАО»	—	—	—
Аптека ООО «Глюкоза»	—	—	—
Аптека №1266 АС «Будь здоров»	—	575-00	629-00
Аптека ООО «Целитель»	—	575-00	—
Аптека ООО «Фирма «Биолайн»	—	583-00	629-00
Аптека №159 АС «Ригла»	—	616-00	—

СКИДКИ

Важны для 9 человек.

Несмотря на то, что значение данного фактора несколько ослабло в последнее время, различные скидки, дисконтные программы и программы лояльности по-прежнему составляют важную часть сетевой политики на розничном рынке.

Как всегда, больше всего скидок и акций проводится в сетевых аптеках. Маркетинговые позиции, как правило, размещены на отдельных стеллажах и полках, помеченные специальными ценниками. Например, в сети аптек «36,6» в течение февраля проводилась акция «Стоп-цена», когда на большой выбор препаратов и товаров для здоровья скидка достигала 20%. Во всех аптеках сети «ГорЗдрав» 21 февраля предоставляли скидку на весь ассортимент в размере 10%.

Большинство компаний реализуют собственные дисконтные программы. Картами постоянных покупателей пользуются клиенты сетей «Аптеки «Столики», «ГорЗдрав», «Здоров.ру», «Планеты здоровья» и АСНА. Зачастую получаемые по ним скидки превышают размер скидки по СКМ.

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ РАБОТНИКОВ АПТЕКИ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

Важны для 10 человек.

На профессионализм работников первого стола жалоб не было, напротив, большинство респондентов отмечали их отзывчивость, грамотность и желание помочь. К внешнему виду фармацевтов также не было претензий.

Во многих аптеках района можно бесплатно измерить давление. Тонометром можно воспользоваться в аптеке «Здоров.ру», «Олекс-инвест», «Целитель», «Севфарм» ООО «Галант-С». Такой услуге рады все опрошенные, особенно пенсионеры.

Отделы оптики, дающие возможность проверить зрение и в случае необходимости подобрать очки, функционируют в аптеках «Озерки» и АП №1974 «ГорЗдрав».

Все больше людей отмечают значение сети Интернет в подборе и покупке лекарственных препаратов. Почти половина опрошенных пользуются не только информационными сайтами-агрегаторами (apteka.ru, aptekamos.ru, infolek.ru), но и интернет-ресурсами непосредственно

аптечных сетей. В глобальной паутине представлены почти все аптеки района, и они обеспечивают им существенную долю оборота. Основная масса пользователей интернет-аптек — это люди молодого и среднего возраста, делающие заказ не только для личного потребления, но и по просьбе родных и близких.

Алексей, 21 год, студент, пользователь интернет-аптеки «Здоров.ру»: *«Для себя я в аптеке ничего не покупаю, пока, слава богу, здоров. А вот мои родители и бабушка часто просят заказать тот или иной препарат. Раньше они сами ходили в аптеку, тратили время на дорогу и очередь. Хотя и не сразу, но я убедил их, что заказывать лекарства в Интернете не просто удобнее, но и дешевле. Жаль, что доставку лекарств на дом пока нельзя заказать. Было бы удобнее».*

Доставка препаратов на дом — давно забытая, но очень востребованная услуга, возрождения которой ждут многие. Решение за законодателями, которые должны предусмотреть все возможные ситуации, связанные с оборотом, прежде всего, рецептурных препаратов.

ИНТЕРЬЕР

Важен для 3 человек.

Интерьер сетевых аптек полностью отвечает принятым в аптечной сети фирменному стилю, стандартам оформления и организации торгового зала. Места для проявления инициативы здесь практически не существует. Все подчинено единой цели — максимально эффективно использовать отведенное под аптеку пространство. В аптеках района преобладает открытая выкладка части ассортимента, в основном безрецептурных препаратов повышенного спроса, средств гигиены и косметики.

Лидером по интерьеру смело можно назвать гипермаркет красоты и здоровья «Неофарм», что в ТРК «Аventura». Безусловные преимущества — огромная площадь торгового зала с современным дизайном, потрясающий ассортимент при открытой выкладке товара. Упреждающий удар, который наносит сеть «Неофарм» в ответ на планы перевести часть аптечного ассортимента в торговый ритейл.

Худшим, по мнению опрошенных, признан интерьер аптечных предприятий «Глюкоза» и «Мебель-сервис». Грустная особенность «Глюкозы» — полупустые полки, за витринами ряды

минералки вместо лекпрепаратов, во второй аптеке — допотопная мебель и отсутствие всякого намека на современность. Странно, что фирма с говорящим наименованием «Мебель-сервис» не обеспечила собственный аптечный бизнес привлекательным интерьером и качественным торговым оборудованием.

Отсутствует как таковой интерьер в аптеках «Фирма «Биолайн», «Целитель», «Фармапарк» поскольку они, по сути, являются киосками внутри других предприятий розницы. Но даже они выглядят вполне привлекательно.

В аптеке «Здоров.ру» стоят мягкие стулья и маленькие столики, в АП №1383 «ГорЗдрав» — скамейки, а в АП №1974 этой сети — удобные стулья; в аптеке ООО «Фирма Мебель-Сервис» — небольшая скамейка.

В торговом зале аптеки «Планета здоровья» тоже есть место для отдыха, но зато к входной двери ведет двухпролетная лестница на высоких металлических сваях, а пандуса не предусмотрено.

ГРАФИК РАБОТЫ

Важен для 7 человек.

В районе Чертаново Северное круглосуточный график работы имеют следующие аптечные предприятия: аптека АС «Планета здоровья» (Сумская ул., д. 6, корп. 1), аптека АС «Столичная аптека №1» ООО «Эскулап ЮВАО» (Кировоградская ул., д. 12, корп. 2), аптека «Севфарм» ООО «Галант-С» (мкр. Северное Чертаново, д. 7, корп. Б), аптека ООО «Олекс-инвест» (Чертановская ул., д. 9, стр. 1), а также АП №1974 АС «ГорЗдрав» (Чератновская ул., д. 1в, корп. 1). Все они размещены по району достаточно равномерно.

Остальные аптечные предприятия имеют, как правило, 12-часовой рабочий день, аптеки, функционирующие в предприятиях торгового ритейла, подстраиваются под их график. Выходных дней и перерывов на обед отмечено не было.

РЕЙТИНГ ФАКТОРОВ УСПЕХА

Место	Фактор успеха	Кол-во набранных голосов
1	Цена	69
2	Ассортимент	62
3	Месторасположение	60
4	Профессионализм, доброжелательность работников аптеки, дополнительные услуги	10
5	Скидки	9
6	График работы	7
7	Интерьер	3

РЕЙТИНГ ПОПУЛЯРНОСТИ аптечных предприятий

Аптека ООО «Глюкоза»

2

Аптека функционирует на 2-м этаже торгово-административного здания с универсамом «Магнит». Вход в аптеку с тыльной стороны здания. Отзывы об аптеке противоречивые. Большинству не нравится неудобный вход и весьма скудный ассортимент. Другие отмечают вежливость и грамотное консультирование фармацевта. Именно первостольнику приходится «принимать удар на себя» за просчеты в ценовой и ассортиментной политике руководства.

Аптека ООО «Фирма «Мебель-сервис»

2

Местоположение аптеки крайне неудобное. Вход в нее находится с тыльной стороны небольшого торгового центра. Учитывая, что со стороны улицы работает очень неплохая аптека «Олекс-инвест», сюда доходит лишь малая часть представителей местных жителей. Говорить что-то об интерьере сложно — допотопная входная дверь, обшарпанная мебель, старые витрины. Отпуск ведется через два окна. Многие позиции в ассортименте отсутствуют, но можно сделать предварительный заказ, в течение суток препарат будет доставлен. Никаких дополнительных услуг аптека не предоставляет. В торговом зале установлена небольшая скамейка.

Аптека «Столичная аптека №1»

ООО «Эскулап ЮВАО»

3

Аптека занимает очень небольшое помещение в пристройке к жилому дому, расположенному у выхода из ст. м. «Южная». Как гласит реклама, аптека предлагает широкий ассортимент всего и по вполне приемлемым ценам. Однако на проверку выяснилось, что в ассортименте отсутствуют даже самые ходовые препараты, а цены оставляют желать лучшего. Видимо, одни из немногих, кроме месторасположения, плюсов данного учреждения — круглосуточный график работы и скидка пенсионерам по СКМ в размере 4%.

Аптека «А-Мега» ООО «Мега-Фарм»

4

Аптека расположена в небольшом огороженном пространстве торговой зоны универсама «Пятерочка». При закрытой форме торговли

фармацевт работает за открытым прилавком. Отзывы респондентов не всегда лицеприятны — многие отмечают прорехи в ассортименте, высокие цены и очереди в час пик.

Аптека ООО «Фирма «Биолайн»

4

Аптека занимает площадь в продуктовом магазине в ТЦ «Альянс». При закрытой форме торговли отпуск ведется через одно окно. Все препараты аккуратно выложены за стеклом витрины, отдельная секция занята лекарствами со скидкой до 20%. Фармацевт общается с посетителями охотно и со знанием дела. Скидка по СКМ — 5%.

АП №156 АС «ГорЗдрав»

5

Аптечный пункт арендовал для себя отдельный павильон в ТЦ «Каспий». В торговом зале установлены открытые стеллажи со средствами гигиены и косметикой, а также мягкие стулья для посетителей. Обслуживают покупателей через две кассы за открытым прилавком.

АП №407 АС «36,6»

5

Этот аптечный пункт, судя по ценам, приглашает состоятельных граждан стать постоянными посетителями. И расположился он, соответственно, на 1-м этаже ТЦ «Глобал Сити», напротив салона связи МТС. При закрытой форме торговли, в центре торгового зала установлены два открытых стеллажа со средствами гигиены. Фармацевты ведут отпуск на двух кассах за открытым прилавком. Перед кассами в специальном лотке лежат недорогие препараты отечественных производителей: аспирин, анальгин, парацетамол. Цены на остальной ассортимент кусаются.

Аптека №159 ООО «Ригла»

5

Аптека занимает отдельный павильон на 1-м этаже ТРК «Аventura» возле эскалатора. При традиционной для сети открытой форме торговли отпуск лекарств осуществляется через две кассы за открытым прилавком. В ассортименте дорогие оригинальные препараты и товары медицинского назначения, рассчитанные в основном на тугую кошелечек. О проводимых акциях можно узнать на сайте сети.

Аптека ООО «Целитель»

5

Аптека расположена на 1-м этаже ТЦ «Штаер» у ст. м. «Чертановская». Форма торговли

закрытая, обслуживание через три окна. Цены на среднем уровне, однако есть существенные прорехи в ассортименте — многих позиций нет в наличии. Прежде всего, здесь представлены не все дозировки даже самых популярных и ходовых препаратов. Зато предоставляется возможность измерить давление бесплатно.

Аптека №1271 ООО «Ригла» **5**

Аптека занимает отдельный стеклянный павильон на 1-м этаже ТЦ «Ритейл парк» — напротив касс гипермаркета «Ашан». В открытом доступе выложены лекарственные препараты без рецепта, средства гигиены и косметика. Посетителей обслуживают через две кассы за открытым прилавком. Цены выше среднего по району, что компенсируется очень хорошим ассортиментом. О многочисленных акциях можно узнать на сайте сети.

АП №2123 АС «ГорЗдрав» **5**

Аптечный пункт занимает небольшое изолированное помещение напротив касс универсама «Билла» в ТЦ «Акварель». Отпуск ведется через две открытые кассы. В ассортименте широкий выбор лекарственных препаратов, средств по уходу за полостью рта, косметика и другие товары для здоровья по доступным ценам. Скидка по СКМ символическая — 1%.

АП №1490 АС «ГорЗдрав» **6**

Аптечный пункт арендует площадь в ТЦ «Южный» — отдельный павильон рядом с выходом на Днепропетровскую ул. При открытой форме торговли отпуск ведется на двух кассах за открытым прилавком. При покупке лекарств часть суммы зачисляется бонусами на накопительную карту сети. Скидка по СКМ символическая — 1%.

Аптека «Севфарм» ООО «Галант-С» **6**

Аптека, имеющая круглосуточный график работы, расположена на 1-м этаже жилой «высотки». Вход оборудован пандусом. В просторном торговом зале при закрытой форме торговли отпуск ведется через два окна. По отзывам покупателей, ассортимент здесь очень хороший, а вот цены на многие лекарственные препараты порой завышены. Скидка по СКМ 5%. Любой желающий может бесплатно воспользоваться тонометром, измерив свое АД. При входе установлен платежный терминал.

АП №1383 АС «ГорЗдрав» **7**

Аптечный пункт расположен в небольшом торговом центре, слева от входа в универсам «Перекресток». Помещение аптеки просторное, отпуск препаратов осуществляется через три окна. Цены и ассортимент поддерживаются на очень хорошем уровне, что способствует повышению популярности населения. В торговом зале установлены скамейки для отдыха посетителей.

Аптека АСНА ООО «Лекарь Фарм Чертаново» **8**

Аптека занимает небольшое помещение с отдельным входом на 1-м этаже жилого дома. Форма торговли закрытая, но в центре торгового зала установлен открытый стеллаж с минеральной водой и средствами гигиены. Отпуск ведут два фармацевта за открытым прилавком. В аптеке хороший выбор препаратов, лечебной косметики и других товаров медицинского назначения. По отзывам посетителей, фармацевты не всегда предлагают оптимальный для посетителей вариант, стараясь реализовать более дорогой аналог. Для покупателей дешевле заказать лекарства в интернет-аптеке «Лекарь Фарм».

Аптека №1266 АС «Будь здоров» **8**

Аптека расположена в пристройке к жилому дому, вход с правого торца здания оборудован небольшим пандусом для детских и инвалидных колясок и козырьком. Торговый зал очень небольшой, посетителей консультирует один фармацевт за открытым прилавком. Сеть, позиционирующая себя как эконом, в целом подтверждает дисконт-направление. В ассортименте множество недорогих аналогов оригинальных препаратов по вполне приемлемым ценам.

Аптека ООО «Фармапарк» **8**

Аптека расположилась в прикассовой зоне универсама «Дикси», занимая под торговый зал павильон с двумя окнами, по стене установлены закрытые витрины. Аптека аффилирована с одноименной интернет-аптекой. Сделав заказ в Интернете по цене существенно ниже розничной, здесь можно воспользоваться сервисом самовывоза. Цены в аптеке на приемлемом уровне, а ассортимент и уровень сервиса устраивает большинство жителей микрорайона.

Кроме того, здесь дают скидку по СКМ в размере 4%.

Аптека АСНА ООО «Поларт-Арт» 8

Аптека расположена на 1-м этаже 14-этажного жилого дома. Торговый зал небольшой, но при закрытой форме торговли посетителей могут обслуживать через три окна, но порой работает лишь одно и некоторые из респондентов пожаловались на то, что в часы пик одному фармацевту вести отпуск тяжело, в результате образуется очередь. Помимо лекарств и парфюмерии, здесь можно приобрести слуховые аппараты. Скидка по СКМ — 4%, а по дисконтным картам АСНА — до 10%. По средам в аптеке можно приобрести лечебную косметику популярных брендов со скидкой 15%.

АП №201 «Аптеки «Столички» ООО «Нео-Фарм» 9

Аптечный пункт — очень популярный у местных жителей — расположен в помещении с отдельным входом в одноэтажном торговом здании рядом с универсамом «Пятерочка». Хороший ассортимент в разных ценовых категориях, понятная и выгодная программа лояльности, возможность интернет-заказа — в этом основные преимущества.

АП №1974 АС «ГорЗдрав» 9

Аптечный пункт расположен в пристройке к многоэтажному жилому дому, в проходном месте возле ст. м. «Чертановская». Хороший ассортимент и невысокие цены, возможность сделать покупку в круглосуточном режиме делают предприятие очень популярным среди местных жителей. При открытой форме торговли отпуск ведется на кассе за открытым прилавком. Скидка по СКМ — символический 1%. Кроме того, при каждой покупке зачисляются бонусные баллы на карту лояльности сети.

Работает отдел оптики, где можно проверить зрение и воспользоваться консультацией специалиста по подбору очков. В торговом зале стоят удобные стулья для посетителей, при входе установлен платежный терминал.

Аптека АС «Нео-Фарм» 10

Аптека работает в формате гипермаркета красоты и здоровья, располагающегося на 2-м этаже ТРК «Аventura». Помещение настолько

велико, что от входа не видно противоположной стенки, где как раз и разместились две кассы отпуска. Очень богатый выбор лекарственных препаратов и товаров для здоровья вкупе с доступными в целом ценами привлекают сюда многочисленных посетителей.

АП №97 «Аптеки «Столички» ООО «Нео-фарм» 10

Аптечный пункт расположен на 1-м этаже ТЦ «Южный», возле одного из выходов со стороны Сумской ул. Торговый зал состоит из двух изолированных друг от друга помещений с закрытой формой продажи. В первом отпуск ведут три кассы, во втором — еще две. Цены невысокие при очень хорошем ассортименте, поэтому здесь всегда все окна работают.

Аптека ООО «Олекс-инвест» 11

Аптека расположена в одноэтажном торговом центре, успешно конкурируя с аптекой ООО «Фирма «Мебель-сервис», о которой знают только избранные. При закрытой форме торговли отпуск ведется через три окна. В ассортименте есть трости и инвалидные коляски. Желающие могут бесплатно измерить давление. Данная аптека заслужила много положительных отзывов, прежде всего, благодаря доброжелательности и профессионализму ее работников, а также хорошему ассортименту и невысоким ценам. Плюсом является и круглосуточный режим работы. Это одна из немногих аптек района, способная реально составить конкуренцию сетям «Аптеки «Столички» или «ГорЗдрав».

АП «Аптеки «Столички» ООО «Социальная сеть «Столички» 11

Аптечный пункт расположен в ТЦ «Штаер» у ст. м. «Чертановская», занимая помещение с отдельным входом с улицы, но зайти в торговый зал можно из ТЦ. Форма торговли закрытая, при входе на столике размещен список ЖНВЛС. Отпуск ведется через три окна. Аптека пользуется большим спросом благодаря удобству расположения, низким ценам и отличному ассортименту.

Аптека АС «Планета здоровья» ООО «Парацельс» 12

Двери аптеки открыты круглосуточно. Расположена она в торце жилого дома, но попасть

в нее непросто — к входу ведет двухпролетная лестница на высоких металлических сваях, естественно, ни о каком пандусе и речи не идет. Впрочем, первое впечатление несколько улучшилось от знакомства с ассортиментом и ценами. В аптеке два смежных торговых зала, одна касса работает в первой комнате, еще две — во второй. Скидок по СКМ здесь не предусмотрено, зато действует дисконтная программа сети, по которой обладателям карты постоянного покупателя начисляется скидка до 4% (в зависимости от суммы чека). В аптеках можно также приобрести подарочные сертификаты номиналом на 500, 1000 и 3000 руб.

АП №959 «Озерки»
ООО «Планета-ТМ»

12

Аптечный пункт расположен на очень бойком месте — вблизи ст. м. «Южная» — в пристройке к 14-этажному жилому дому, по соседству с ортопедическим салоном «Ортека». Помещение под торговый зал выбрано достаточно просторное. При закрытой форме торговли отпуск ведется через восемь окон, для улучшенного обслуживания установлена электронная очередь. В зале установлены скамейки для отдыха. В аптеке работает небольшой отдел оптики, где можно

не только приобрести оправы, но и проверить зрение и заказать очки. У сети «Озерки» есть интернет-аптека, где заказать препараты и сразу произвести оплату можно с существенной скидкой, а также выбрать ту аптеку, где удобнее всего забрать заказ.

Аптека АС «Здоров.ру»
ООО «Технофарм»

13

Аптека расположена в небольшом торговом центре у ст. м. «Чертановская». Попасть в нее можно как с улицы, так и с торговых рядов. Форма торговли закрытая, покупателей обслуживают посредством электронной очереди через шесть окон. На весь ассортимент предоставляется скидка по карте сети. Посетители, пришедшие выкупать интернет-заказ, обслуживаются вне очереди. Для тех, кто не хочет ожидать вызова к фармацевту, в торговом зале установлен информационно-справочный терминал, через который можно узнать о наличии препаратов и их стоимости. В торговом зале размещены также мягкие стулья и столики, а также стеллажи с медицинской техникой. На отдельном столике установлен тонометр для желающих бесплатно измерить давление.

Елена САВЧЕНКО



АТМОСФЕРА В АПТЕКЕ РАСПОЛАГАЕТ К БЕСЕДЕ С ФАРМАЦЕВТОМ

В фармацевтической рознице распространено мнение, что главным критерием успешности аптеки является ее прибыльность. При этом интересы клиента зачастую отодвигаются на второй план. Но есть и другой подход, когда работе фармацевтов и провизоров придается скорее социальная направленность, а успешность заключается в своевременном оказании полноценных, профессиональных и качественных фармацевтических услуг. Ярким примером такого подхода является аптечный пункт «Старинная аптека» (ООО «Ваше здоровье»), уже много лет работающий в Москворечье-Сабурово. О работе аптеки рассказывает ее заведующая **Василиса Макарова**.

Василиса Михайловна, расскажите, пожалуйста, как все начиналось? Вам нравится старина?



Да, нравится, в первую очередь нашим постоянным посетителям, а это главное! «Старинная аптека» была открыта в 2007 г. Торговый зал аптеки изначально был оформлен в стиле старого города. Людям нравится приходить в «аптеку для своих», так называемую кулуарную аптеку. Многие отмечают и уютное место для отдыха, которое расположено при входе в аптеку, и сам торговый зал, оформленный под старину. Мы стремимся создать атмосферу, располагающую к неторопливой и душевной беседе с первостольником. Все вместе вызывает доверие к аптеке и ее сотрудникам.

На момент открытия в этом районе практически не было аптек, т.к. место не считалось перспективным: удалено от станции метро и на автомобиле подъехать не совсем удобно.

Тем не менее более 10 лет мы находимся «на плаву», заходят не только местные жители, но и посетители известных лечебных учреждений, которые находятся рядом: психоневрологический диспансер и Центр психического здоровья человека, куда приезжают пациенты со всей

России, а также НИИ ревматологии им. В.А. Нащоковой и Российский онкологический центр им. Н.Н. Блохина.

Я правильно понимаю, что помимо жителей района, в числе ваших посетителей много пациентов с тяжелыми заболеваниями или их родственников?

Да, наша аптека сразу была ориентирована на лечение пациентов в области психиатрии. С тех пор руководство сменилось, и мы стали не только психиатрической, но и онкологической аптекой. Это сложный профиль, поэтому с каждым посетителем работник первого стола работает индивидуально, прекрасно понимая, что человек не просто получит необходимый препарат, а должен почувствовать психологическую поддержку и искреннее участие.

Рецептурный отпуск требует большого внимания. Провизор должен проверить, правильно ли оформлен рецепт, выдать препарат, сделать необходимые отметки, а также уделить время человеку, столкнувшемуся с тяжелым недугом. Необходимо доходчиво объяснить, как принимать препарат, обязательно рассказать об условиях хранения. К нам приезжает много людей не только из Москвы и близлежащих городов, но даже из Башкирии, Беларуси и других регионов. Мы обязательно обращаем их внимание на то, как правильно довести препарат, говорим об условиях транспортировки.

А как формируется ассортимент?

На данный момент в аптеке порядка 4000 наименований. У нас можно сделать заказ на любой препарат, мы напрямую работаем с производителями, поэтому посетители могут быть уверены в том, что получают качественное лекарство.

К сожалению, «черный рынок» онкологических препаратов перенасыщен, что создает определенные помехи для добросовестных аптек. В основном речь идет не о фальсификатах, а о контрафактах, которые продаются через Интернет. Помимо сомнительных условий перевозки нужно учитывать и тот факт, что у разных типов различные ферментные группы. Соответственно, для России, США и Европы будет разная схема производства. И говорить о том, что препарат, поставленный в Россию и Турцию, будет оказывать идентичное действие, производить ожидаемый эффект, нельзя. Государство активно борется с данной проблемой, а пока... очень трудно порой бывает объяснить пациенту огромную разницу в цене на препарат.

Кстати, о ценах на лекарственные средства. Замечаете ли Вы снижение покупательской способности в связи с тем, что цены «кусаются»?

Покупательская способность населения действительно падает, просто так люди уже не заходят в аптеку. Часто можно услышать вопрос, нельзя ли разделить упаковку. Это значит, что у людей нет лишних денег. Если же человеку выписано курсовое лечение, он старается приобрести большую упаковку, т.к. это более выгодно по цене.

Если говорить о космецевтике, то мы стараемся выбрать торговые марки, которые были

бы качественными и не очень дорогими. Посетителям всегда приятно купить что-то нужное и знать, что в аптеке им угодили и по цене, и по качеству. В таком случае человек обязательно вернется к нам.

Мы следим за ценами, чтобы быть конкурентоспособными. Цены у нас средние по Москве, стараемся их не завышать, т.к. люди пользуются различными справочными системами, сравнивают и выбирают, где приобрести препарат. С ценами в нашей аптеке можно ознакомиться в т.ч. и на сайте AptekaMos.ru

По «Социальной карте москвича» и нашей дисконтной карте, которая выдается при покупке на сумму от 3 тыс. руб., можно получить скидку в размере до 5%. Многие лекарственные средства у нас можно приобрести с минимальной наценкой, мы не стремимся обогатиться за счет наших пациентов, главная задача аптеки — обеспечение населения препаратами.

Препараты отечественных производителей сейчас пользуются большим спросом ввиду своей более низкой цены по сравнению с импортными?

Все это объяснимо. Я согласна с тем, что нужно поддерживать российского производителя, стимулировать продажи наших препаратов и, естественно, улучшать их качество. Но если не создавать здоровую конкуренцию, откуда это качество взять? Некоторые импортные препараты пропадают из аптек, а ведь их сложно заменить. Нам бы очень хотелось, чтобы они присутствовали на российском фармацевтическом рынке. У посетителей должен быть выбор с учетом наполненности «кошелька», узнаваемости бренда, эффективности препарата, красоты, защиты упаковки и проч. Главное — возможность выбора.

Как часто посетители просят пояснить инструкцию по применению?

Пациентам иногда приходится помогать, вопрос в том, кто назначил лекарство. Инструкция к безрецептурному препарату доступна для понимания. Адекватный пациент может ее прочесть и в случае необходимости задать вопросы. А если препарат рецептурный, дозировку и способ применения должен назначать врач.

Но случаи бывают разные. Например, когда у нас в продаже был антибиотик в жидкой





форме, к которому прилагалась инструкция, понятная только специалисту. Пациент, прочитав ее, не мог самостоятельно рассчитать дозу. Я даже делала отдельную табличку для перво-стольников, чтобы они не задерживали на кассе людей и могли моментально ответить на вопрос.

Тем не менее инструкции дорабатываются. Производители, получив обратный отзыв, корректируют их, т.к. заинтересованы в продаже препарата. И еще. По моему мнению, информация не бывает лишней. Даже если инструкция большая, она не должна пугать пациента. А если человек, ознакомившись с инструкцией, сомневается, покупать препарат или нет, это вопрос доверия к врачу, который препарат рекомендовал. Если врач и фармацевт правильно выполнили свою работу, у человека не возникнет сомнений. Поэтому так важно грамотно работать с населением.

Например, когда нам звонят пациенты, мы сразу вступаем в диалог, стараемся понять, для чего нужен препарат, в каком количестве, как давно человек начал терапию. И когда люди чувствуют, что их понимают с первого слова, ориентируются на ту аптеку, в которой получили грамотную консультацию.

Возникают ли сложности, связанные с неправильно оформленным рецептом, ведь врачи выписывают препарат по МНН?

Думаю, сложности могут возникать у населения. В случае необходимости нам звонят сами врачи, уточняют дозировку. А мы, в свою очередь, можем уточнить какие-то вопросы, связанные с оформлением рецепта. Обратная связь существует, врачи из лечебных учреждений, которые находятся рядом с нами, знают наш профиль и всегда могут проконсультироваться, когда каких-то препаратов нет по льготному отпуску.

С онкологическими пациентами сложнее, врачи очень заняты, но в основном они тоже оставляют пациентам свои координаты. Столкнувшись с тяжелой болезнью, люди не всегда могут сразу во всем разобраться. Бывают очень сложные схемы, курсы химиотерапии расписаны по времени, и человек теряется, не знает, взять ему все сразу либо повременить. Ведь заранее нельзя угадать, какова будет переносимость препарата, и может ли возникнуть необходимость в замене. Нюансов очень много. Я думаю, было бы правильно, если бы в учреждении здравоохранения рядом с врачом работал фармацевт, который дополнительно просматривал бы врачебные назначения, зная профиль лечения пациента и сопутствующие заболевания для того, чтобы оценить риски.

Приходится ли Вам сталкиваться с самолечением?

Нам постоянно приходится сталкиваться со случаями самолечения, причем даже когда у человека серьезный диагноз, не говоря уже про ОТС-препараты. Помню, однажды пациент с онкологией пытался купить препарат двух разных производителей, чтобы скомпоновать дозу. Например, препарат закончился, но есть его аналог, который стоит дешевле, и пациент пытается комбинировать лекарства по своему усмотрению. Приходится объяснять, что химиотерапия — это не шутка, и к приему препарата нужно относиться серьезно. Люди многого не знают, и им нужно все объяснять. Частично это связано с недостатком качества медицинской помощи. Пациенты, которые столкнулись с серьезными заболеваниями, и не получившие должного результата, ищут информацию в Интернете, пытаются заниматься самолечением. И здесь на первый план выходит работа провизора.

Если говорить о других случаях, буквально на днях к нам зашел пациент, который повредил ребро в результате падения. Что примечательно, он не обратился к врачу, сам себе назначил препарат, знакомый по телерекламе, через какое-то время почувствовал боль и пришел в аптеку спросить, не могло ли это стать побочным эффектом после приема препарата. Нам пришлось объяснять, что нужно обратиться в травмпункт, сделать снимок и только после этого принимать решение о терапии.

Меня удивляет, когда в аптеку приходят молодые мамы и просят антибиотик для ребенка. На вопрос «Есть ли у вас рецепт?» часто можно услышать ответ: «Мы не были у врача, но всегда пьем его, когда болит горло». Люди начинают лечиться, сами назначая себе препараты. Я считаю, это серьезная проблема, с которой нужно бороться!

Наверное, к подбору сотрудников тоже подходите очень ответственно?

Безусловно, у нас подобрался очень сплоченный коллектив — более пяти лет в аптеке трудятся опытные провизоры. Наши сотрудники прекрасно справляются со своей работой. Много теплых слов в адрес наших специалистов можно прочитать в книге отзывов и предложений; люди благодарят нас за работу — и это очень приятно.

Мой заместитель **Марина Анатольевна Цветкова** — выпускница Первого ММИ им. И.М. Сеченова, много лет трудится в нашей сфере: работала в ГУП, заведовала аптекой, а в 2013 г. пришла к нам. Это моя правая рука — ответственный, дисциплинированный человек, в случае необходимости я могу спокойно оставить на нее аптеку. Еще один опытнейший провизор — **Татьяна Юрьевна Померлян**. И, как вы могли заметить, у нас работает молодой специалист **Роман Головунин**, который с энтузиазмом осваивает азы нашего дела.

Не боитесь принимать на работу молодых?

Важно понять, насколько ты можешь доверить начинающему специалисту серьезное дело, а остальное приходит с опытом. Если человеку интересно, он будет учиться всегда, в нашей профессии по-другому нельзя. Я уверена в том,

что в нашей профессии не может быть случайных людей.

А как Вы сами пришли в фармацию?

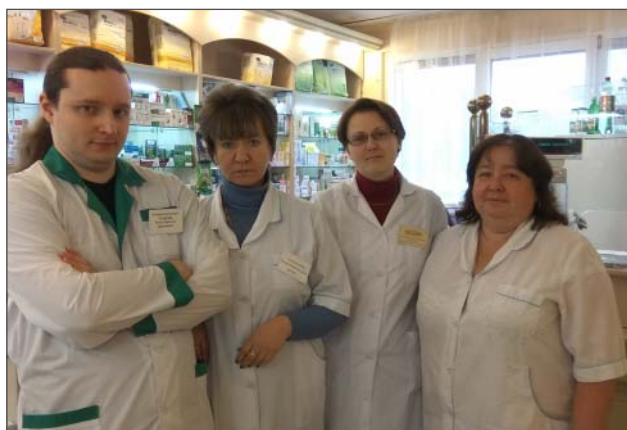
Я сначала окончила гимназию с химико-биологическим уклоном и без экзаменов поступила в известное многим тогда Московское фармацевтическое училище №10, затем был фармфаккультет ММИ им. И.М. Сеченова. Уже во время учебы начала работать фармацевтом в аптечной сети «Сердечко», став в 2002 г. заместителем заведующей аптекой. А в 2011 г. пришла сюда — в «Старинную аптеку». Мне интересно работать здесь, мы постоянно сталкиваемся с огромным объемом информации. И это замечательно, как я уже говорила, в нашей профессии нужно постоянно учиться.

Самостоятельной аптеке выжить сложно. У вашей аптеки есть поддержка?

Согласна — очень сложно, я бы даже сказала невозможно. Нам легче работать, потому что у нас есть поддержка компании «Фармстор» — крупного дистрибутора онкологических препаратов в России.

Мне кажется, сейчас открываться новым аптекам без поддержки бизнеса, который может их спонсировать, практически невозможно. Многие думают, что аптека приносит колоссальную прибыль. Но если работать честно, придерживаясь законодательства РФ, это не так. И в таких условиях находятся практически все частные аптеки, которые выживают за счет сплоченности коллектива, грамотных консультаций, дисконтных программ, каких-то дополнительных услуг или проводимых компаниями-производителями акций.

Я не хочу жаловаться, в работе единичной аптеки можно найти и плюсы. В настоящее время на рынке появилось много аптечных сетей, которые не могут себе позволить индивидуальную работу с посетителем, а мы можем. Люди приходят со списком, забирают свой набор препаратов и уходят. И не потому, что первостольнику не хотелось дать совет, зачастую ему просто некогда. Конечно, не всем близка маркетинговая политика, которая применяется в этих сетях, когда специалист обязательно должен предложить «товар дня». К сожалению, все приближает нас к формату торгового ритейла, о котором сейчас ведется много споров.



Много говорится о разрешении дистанционной торговли, доставки лекарств населению. Что Вы об этом думаете?

Наверное, доставка препаратов курьером возможна, если он на постоянной основе работает в аптеке, которая физически существует на рынке, т.е. имеет стационарное месторасположение, а не юридически зарегистрированное в виртуальном пространстве — на каком-то сайте интернет-продаж. Пациент должен понимать, откуда он получает препарат, он должен быть уверен в том, что все условия доставки, а значит качества препарата соблюдены.

Учитывая тот факт, что зачастую население не понимает, что и откуда привозят, они не знают ни о каком ГРЛС, думаю, законодательно должна быть создана база существующих аптек. При закрытии каждая аптека должна извещать соответствующие органы. Это серьезный вопрос и мне страшно за наших пациентов.

Конечно, есть категория людей, которая нуждается в доставке. И я тоже хотела бы, чтобы пациенты могли получить наши препараты на другом конце Москвы, т.к. не все имеют возможность приехать в аптеку. Но в этом случае важно, чтобы население четко понимало, как система работает. По моему мнению, на эти темы нужно чаще говорить как на телевидении, так и в прессе.

Ваше отношение к маркировке лекарственных препаратов, которая обещает стать обязательной с 2020 года.

Инициатива хорошая, но механизм обеспечения пациентов должен быть досконально

проработан. Нужно продумать, как все это внедрить в рознице. Каждый препарат, который поступает в аптеку, нужно будет отсканировать, и, скорее всего, для этого понадобится отдельное рабочее место, лицо, уполномоченное вести контроль. Пока очень много неясностей, но мы изучаем вопрос, готовимся к внедрению данной системы. Опять же, помимо всего прочего, хотелось бы, чтобы в связи с нововведениями с нашего рынка не ушли проверенные импортные препараты с доказанной эффективностью. Я надеюсь, что до конца года данный вопрос будет урегулирован.

В чем, по Вашему мнению, заключается успешность аптечного предприятия?

Если аптечное предприятие несет не функцию «купи-продай», место не должно определять его успешность. В само слово «успешность» нужно вкладывать другой смысл. Как я уже отмечала, наша основная функция — обеспечение населения качественными препаратами и при этом качественное консультирование. Самая главная похвала для любого фармацевта — услышать от посетителя: «Как хорошо, что у вас все есть!» Ведь на самом деле, очень важно, когда все необходимое можно приобрести в одном месте. А если еще и добавят: «Спасибо, Вы мне очень помогли», — тогда понимаешь, что правильно выбрал профессию.

Елена ПИГАРЕВА

FRANCHISING

ФРАНЧАЙЗИНГ СЕГОДНЯ — ПРОБЛЕМА ИЛИ УСПЕХ ДЛЯ ФАРМБИЗНЕСА

Франчайзинг — форма стратегического коммерческого сотрудничества, в рамках которого одна компания (франчайзер) передает другой (франчайзи) право на продажу своих товаров и услуг с использованием торговой марки, фирменного стиля, ноу-хау, деловой репутации, успешных маркетинговых и бизнес-технологий.

Кому и зачем нужен франчайзинг в фармотрасли? Какие модели ведения бизнеса по франчайзингу могут прижиться в фармацевтическом ритейле?

Слово представителям фармацевтической розницы — аптечным сетям и маркетинговым партнерствам.

КОГДА ПОЛЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОГРАНИЧЕНО



Опираясь на данные статистики, управляющий партнер АСНА **Александр Кондратьев** заметил, что происходит широкая экспансия федеральных сетей практически по всем

регионам страны. По итогам 2017 г. примерно 30% рынка приходится на TOP-10 аптечных сетей. Свободных хороших, трафиковых мест на рынке практически нет. Аптек очень много, поэтому поле деятельности для новых потенциальных франчайзи очень ограничено.

Кондратьев привел несколько факторов, которые, на его взгляд, являются одними из решающих в конкурентной борьбе на рынке. В первую очередь, это ценообразование. Все участники

аптечного бизнеса хорошо знают, что на топовые ассортименты существуют либо нулевые, либо отрицательные наценки. Эксклюзивный ассортимент — единственная возможность отстроиться ассортиментом от дискаунтера и получить суммарную наценку как у федеральных аптечных сетей.

Очень важно уметь правильно наладить категорийное управление ассортиментом, отдавая приоритет УСТМ, СТМ и налаживанию прямых контактов с производителями.

Не менее важный фактор для потенциального франчайзи — какой формат выбрать для открытия. Многие заблуждаются, полагая наиболее успешной модель аптеки-дискаунтера. Между тем формат дискаунтера, по мнению А. Кондратьева, это наиболее сложная модель для ведения аптечного бизнеса. Однако правильно выбранный формат позволяет аптечной сети гибко управлять основными параметрами операционной деятельности и дает определенные конкурентные преимущества.

Главным финансовым показателем работы аптеки должна стать рентабельность, а не оборот. Убыточные аптеки портят общие показатели сети, поэтому от них целесообразнее избавляться. Кроме того, повышается актуальность развития собственных онлайн-ресурсов, включая различные программы лояльности, бронирования, подготовку к доставке лекарственных средств и т.д.

Что же, по мнению управляющего партнера АСНА, необходимо предпринять, чтобы старт аптеки оказался успешным?

Во-первых, это должна быть сеть аптек, а не одна точка продаж.

Необходимо также наличие достаточного финансового ресурса для поддержания товарного знака, ассортиментная матрица должна строиться на основании кластерного анализа категорий, а модель ценообразования подстраиваться под конкурентную среду.

В каждой сети должен быть собственный эксклюзивный портфель продуктов.

Не менее важны прямые контакты с производителями, а также эффективная система мотивации сотрудников.

Кто хочет открыть аптеку по франчайзингу? По мнению Кондратьева, в основном это работающие люди, желающие вложить свои деньги в бизнес (без личного участия в операционной деятельности аптеки), самозанятые, желающие открыть себе аптеку как единственный бизнес, а также те участники рынка, у которых не получилось со своей аптекой.

Среди основных преимуществ франчайзинга перед собственной аптекой можно назвать известность бренда, вложение средств в рекламу своего бренда и инвестиции в бизнес своего партнера со стороны франчайзера, лучшие условия на рынке по маркетингу, СТМ и входным ценам на коммерческий товар, а также участие владельца франшизы в обучение своего партнера.

К сожалению, франчайзеры в России допускают немало ошибок, связанных, в первую очередь, с неизвестностью бренда, запускаемого на рынок по франшизе. Как показывает практика, покупателей мало интересуют нераскрученные бренды. Кроме того, франчайзи зачастую отдают самому себе в оперативной деятельности и не пользуются поддержкой владельца франшизы,

в т.ч. в конкурентной борьбе, особенно когда франчайзер открывает свои собственные точки в регионе с партнером.

И, наконец, высокие роялти и сборы с франчайзи, не позволяющие последнему выстроить финансово устойчивую модель своего бизнеса.

ЛОЯЛЬНОСТЬ ВО ГЛАВЕ УГЛА



Одна из самых раскрученных с точки зрения реализации — это франчайзинговая модель сети «Ригла». Как отмечает руководитель проекта «Франчайзинг» аптечной сети «Ригла»

Наталья Бузид, при оценке спроса на франшизу сети был составлен портрет основного потребителя данного продукта. Это в основном собственник средней или мелкой региональной (локальной) аптечной сети, возможно и учредитель единичной аптеки, заинтересованный в получении преимуществ крупной аптечной сети для ведения конкурентной борьбы с активно развивающимися федеральными игроками.

Что дает франчайзинг? Повышение узнаваемости брендов «Ригла» и «Будь здоров» в России и улучшение контрактных условий с производителями за счет увеличения масштаба.

Основными составляющими франчайзингового продукта «Риглы», которые делают его успешным, являются, во-первых, программы лояльности «ПРИГЛАшаем» и «Аптечный кошелек» для брендов «Ригла» и «Будь здоров», которые позволяют участникам накапливать бонусы за покупки в аптеках. Накопленные бонусы участник может использовать на оплату покупок любым способом при предъявлении клубной карты, а также списывать ранее накопленные плюсы в аптеках на весь ассортимент, получать дополнительные скидки при покупке товаров в аптеках. Участие в программах лояльности дает возможность получать скидки до 50% за счет бонусов, специальные цены на акционный ассортимент, персональные предложения, принимать участие в закрытых распродажах и акциях. Программа лояльности позволяет выявить потребность клиента, сформировать его лояльность за счет персонального предложения и, как следствие, повышение частоты покупок,

увеличение среднего чека за счет выгоды, которую программа лояльности дает клиенту.

Следующим по значимости преимуществом, на которое может рассчитывать франчайзи «Риглы», это возможность использования фирменного программного обеспечения, при помощи которого автоматизирован складской учет, система закупок товара и рабочее место кассира.

Большое внимание в работе с партнерами уделяется вопросам обучения персонала. Важная составляющая модели — получение всесторонней информационной и методической поддержки от франчайзера (обучение, учебные материалы и пр.) и возможность ее использования для улучшения качества обслуживания клиентов, причем без дополнительных затрат франчайзи.

В сети применяется методика смешанного обучения (англ. *Blended Learning*) — сочетание традиционных форм аудиторного обучения с элементами электронного обучения, а также обучение на рабочих местах. В программу включены дистанционные курсы и очные тренинги по продуктам, тренинг-практикум «Активные продажи», курсы по программам лояльности и акциям, курсы по электронному ведению бизнеса и программному обеспечению, а также сопровождение от директора на рабочем месте.

Все это приводит к увеличению выручки и валового дохода, повышению качества и производительности труда сотрудников.

Еще один несомненный плюс для франчайзи — участие в федеральных акциях компании позволяет экономить деньги на рекламе, использовать маркетинговый (рекламный) бюджет «Риглы» и инвестиции производителей в эти акции.

Аптеки-франчайзи получают возможность подключиться к системе интернет-бронирования и интернет-заказов на сайтах представленных брендов и, как следствие, возможность получения анализа востребованности дополнительного ассортимента для расширения имеющейся ассортиментной матрицы, увеличению клиентской базы, а также улучшению узнаваемости аптек-франчайзи в рамках общих рекламных компаний бренда.

В целях контроля соблюдения правил обслуживания клиентов проводится ежемесячный аудит «Тайный покупатель» внешней независимой

компанией (аутсорсинг) с предоставлением отчетности для партнеров.

Аптеки-франчайзи получают также доступ к маркетинговым контрактам производителей и получению маркетингового дохода.

Но Наталья Бузид обращает внимание, что в сети «Ригла» есть ограничения по продаже франшизы. Проект франчайзинга будет реализовываться в приоритетных регионах, где сеть не представлена собственными брендами, и региональной фармрознице не придется конкурировать с федеральной сетью.

По мнению представителя сети «Ригла», франчайзинг имеет перспективу и обоюдную выгоду как для франчайзи, так и для франчайзера.

ПАРТНЕРСТВО ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИЙ



Галина Орлова, генеральный директор IRIS, в свою очередь, отметила, что у их компании уже есть опыт франчайзинга одного из партнеров — аптечной сети «Фармакопейка» в г. Омске. Однако он не стал настолько успешным, чтобы продолжить его в том же формате, в каком он реализовывался, а именно на основе бренда, роялти, СТМ, маржинального продукта, бэк-маржи от производителей, централизованной закупки у франчайзера. В настоящее время партнерство движется к реализации другой модели.

Партнерство ИРИС (IRIS) — это объединенные институциональные розничные стратегии. Сегодня оно объединяет 5 розничных аптечных сетей с головным офисом в Москве, где осуществляется централизованное управление ассортиментом, т.е. всего того, что касается СТМ и УСТМ вплоть до ценообразования, а также маркетинговых позиций. Весь остальной ассортимент управляется сетями непосредственно в регионах.

По мнению руководителя партнерства, ассортимент — это тот фактор, который может **отрицательно влиять** на успешность франчайзинговой модели. Чаще всего франчайзинговая модель не предусматривает гибкости

в ассортиментной матрице и не учитывает ассортиментных особенностей, присущих тому или иному региону или даже городу. И если франчайзер шаблонно навязывает своему франчайзи определенный ассортимент и полностью меняет ту ассортиментную модель, которая была принята в данной аптеке, это может привести к негативным последствиям для предприятия. Часто это случается тогда, когда франчайзер мало думает об успешности своего франчайзи, не задумываясь о его прибыльности.

Партнерство осуществляет единый подход, ставя во главу угла **валовую прибыль аптекных сетей-партнеров**. То есть собственных целей у партнерства не существует. Оно является, по сути, собственностью входящих в его состав аптекных сетей, подчеркнула глава ИРИС. На 2019–2020 гг. планируется расширение партнерства, оно заинтересовано в тех партнерах, которые имеют преимущественное влияние на продажи в своем регионе и уже добились определенных успехов на фармрынке. Другими словами, ИРИС не хочет быть спасительной соломинкой для утопающих, а готов стать стабильной платформой для тех, кто готов открыть новые горизонты с целью повышения маржинальности бизнеса. В чем это выражается?

Партнерство осуществляет прямое регулирование вопросов, связанных с эффективным управлением ассортиментом, включая СТМ и УСТМ, интеллектуальной собственностью, программным обеспечением, взаимодействием с поставщиками и производителями лекарственных средств, системой мотивации персонала и обучением сотрудников, а также контролем.

Франчайзинг от ИРИС — это, скорее, не стандартный вариант для фармацевтического рынка, поскольку не предполагает наличие какого-либо определенного бренда, который обязательно необходимо брать и продвигать на месте. Система управления ассортиментом ИРИС рассматривается в основном как система управления товарными запасами, акцент при этом делается на устранение дефектуры, которая по рынку достаточно большая. В партнерстве дефектура не превышает 2%.

В будущем ИРИС предлагает своим партнерам модель, отличающуюся от стандартных франчайзинговых моделей. Она включает маржинальный портфель (от 60 до 80% наценки) и наработанные технологии его продвижения, который включает в себя маркетинговые позиции (уже заключены более 200 контрактов с производителями) и портфель из нескольких десятков СТМ. Маржинальность СТМ позволяет управлять и наценкой другого ассортимента. В какой-то степени передача прав на использование этих инструментов и является разновидностью франчайзинга. Возможности отгружать со склада маржинальные СТМ недостаточно для успеха, поэтому партнеры ИРИС получают возможность обучения инструментам для их продвижения и стимулирования продаж.

Безусловно, у франчайзи есть и определенные обязательства перед партнерством, в частности в области отчетности по процессу продаж. Кроме того, внутри партнерства идет активный обмен опытом между сетями, работающими в разных регионах страны, с целью внедрения в бизнес лучших решений.

Будущим шагом в направлении развития партнерства должна стать выработка максимально эффективной модели розничной аптеки для сетей с максимально представленным продуктовым портфелем и реализованными лучшими практиками и технологиями розничной торговли.

По мнению Галины Орловой, в будущей экономической модели розничной аптеки должны сочетаться все инструменты и технологии, используя которые можно повысить рентабельность аптек и ее конкурентоспособность. Современный дизайн, перспективный и наиболее конкурентоспособный в мировой практике формат будет сочетать в себе открытую выкладку, инновационные технологии обслуживания, различные пациентские программы и профессиональные программы фармацевтической помощи.

По материалам сессии РАФМ на медико-фармацевтическом форуме в рамках выставки «Аптека 2018»

Елена САВЧЕНКО



ОСОБЕННОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Что нужно знать о фармацевтическом консультировании при отпуске лекарственных средств для детей, беременных, кормящих, пожилых пациентов? Рассказывает **Дмитрий Ивкин**, доцент кафедры фармакологии и клинической фармакологии СПХФУ, директор Центра экспериментальной фармакологии СПХФУ.

ДЕТИ

Фармакотерапия в педиатрии существенно отличается от таковой у взрослых. Недаром большинство лекарственных средств имеют возрастные ограничения. Стоит учитывать, что ключевые особенности фармакокинетики растущего организма обусловлены зависимостью от массы тела и/или площади поверхности тела. Дозы и интервалы дозирования отличаются вследствие возрастных изменений абсорбции, распределения, метаболизма и элиминации лекарственных средств. Ребенок не может безопасно получить взрослую дозу препарата, и нельзя предположить, что доза для ребенка пропорциональна дозе для взрослого. Чистая пропорция здесь не работает. С чем чаще всего связывают изменения фармакокинетических свойств лекарственных средств в зависимости от возраста? В первую очередь они связаны с изменением количества воды в организме в процессе роста и старения. Старая, организм теряет воду и белок. В это же время увеличивается количество клетчатки. А на изменениях количества минералов завязана минеральная плотность костей.

Фармацевтическое консультирование при отпуске лекарственных средств для детей учитывает общие закономерности фармакокинетики в детском возрасте, анатомо-физиологические особенности детского организма (недаром введен термин «часто болеющие дети»), особенности структуры нозологических форм/синдромов в различные возрастные периоды, учет выбора формы препарата в зависимости от возраста ребенка (для совсем маленьких детей предпочтительными будут жидкие формы препаратов).

Особенности фармакокинетики лекарственных средств у детей: повышенная величина внутрижелудочного pH (более 4.0), большие промежутки между клетками эпителия слизистой оболочки кишечника, через которые легко проникают крупномолекулярные препараты и вещества белковой природы, сравнительно большие по размеру внеклеточные пространства, низкий уровень белков в плазме крови, большая проницаемость гистогематических барьеров, незрелость системы метаболизма лекарственных средств. Это палка о двух концах. К плюсам можно отнести то, что достаточно токсичные соединения (парацетамол, например)

для взрослых, таковыми не оказываются для детей. К минусам — нарушения метаболизма при приеме антибиотиков.

У новорожденных и детей первого года жизни биодоступность лекарственных средств выше. Это связано с высоким количеством высокоамплитудных пульсирующих сокращений в прямой кишке у детей младшего возраста («изгнание» твердых форм лекарственных средств).

Особенности применения лекарственных средств у грудных детей: предпочтение отдается жидким формам и суппозиториям, шприцам для перорального введения лекарств, надо поддерживать голову ребенка, держа его на коленях, вводить малое количество лекарства для предупреждения шока, измельчить в порошок покрытые оболочкой плохо растворимые таблетки и смешать с небольшим количеством пищи.

Особенности применения у детей дошкольного возраста: положить таблетку или капсулу как можно ближе к корню языка, дать воду или ароматизированное питье (это может быть вода с ложкой варенья, например) для облегчения проглатывания, не использовать жевательные таблетки, если у ребенка выпали зубы, использовать соломинку для введения лекарства, если оно может окрасить зубы, предоставить ребенку возможность участвовать в выборе препарата, способа и места приема. Речь, конечно, не идет о рецептурных препаратах. Даже самое безопасное лекарственное средство не должно ассоциироваться у ребенка с чем-то вкусным, чтобы избежать незапланированного применения ребенком лекарств как сладостей.

Важно понимать, в чем заключаются возможности назначения лекарственных средств не в соответствии с инструкцией по их применению. **Назначать такие препараты может только врач в случаях:**

- когда можно использовать противопоказанный препарат;
- по новым незарегистрированным показаниям;
- использования в дозах, отличных от указанных в инструкции;
- использования у детей в возрасте, официально не разрешенном в инструкции;
- выбора неоговоренного в инструкции пути введения препарата.

БЕРЕМЕННЫЕ И КОРМЯЩИЕ

Существуют критические периоды беременности: это начальный период внутриутробного развития (если токсическое влияние препарата происходит на этом этапе, беременность прерывается), период эмбриогенеза, период фетогенеза.

Особенности фармакокинетики лекарственных средств у беременных: снижение сократительной и секреторной функции желудка, замедляется всасывание плохо растворимых лекарственных средств, снижение моторики — повышение всасывания в кишечнике, изменение интенсивности печеночного метаболизма, увеличение элиминации лекарственного средства, патологически протекающая беременность вносит дополнительные изменения в фармакокинетику принимаемого лекарственного средства.

Лекарства по воздействию на плод подразделяются на:

- не проникающие через плаценту и не причиняющие непосредственного вреда плоду;
- проникающие через плаценту, но не оказывающие вреда;
- проникающие через плаценту, накапливающиеся в тканях плода и потенциально опасные.

Лекарства с высоким тератогенным потенциалом: Фенитоин, Фенобарбитал, Соли лития, Хинолоны, Статины, Фибраты, Амантадин, Цитостатики и ряд других.

Беременным запрещены к приему лекарства категории X: выявлены нарушения развития плода или имеются доказательства риска отрицательного воздействия лекарства на плод человека, и, таким образом, риски от плода при применении данного лекарства превышают возможную пользу для беременной: Эстрадиол, КОКи, Комифен, Триазолам, Мизопростол, Этретинат, Даназол, Норэтистерон.



При фармаконсультировании беременных и кормящих, прежде всего, необходимо предупредить о необходимости проконсультироваться у врача по поводу приема любых лекарственных средств, выяснить срок беременности, фармацевт может порекомендовать ОТС-препараты, разрешенные к применению у беременных. В случае возможности замены лекарства немедикаментозным воздействием фармацевт должен обратить на это внимание женщины, следует предупредить, что сцеживание молока при приеме лекарств не имеет смысла, т.к. обычно происходит выравнивание концентрации вещества в молоке и плазме матери.

ПОЖИЛЫЕ ПАЦИЕНТЫ

С возрастом пациенты сталкиваются с массой коморбидных состояний. К особенностям применения лекарственных средств пожилыми пациентами можно отнести возрастные изменения органов и систем, участвующих во всасывании, распределении, метаболизме, выведении лекарственного средства; изменения в рецепторных системах, определяющих фармакодинамику лекарственного средства; специфические возрастные заболевания (например, деменция), снижающие комплаентность; коморбидность, требующая применения нескольких лекарственных средств, что повышает риск неблагоприятных взаимодействий и нежелательных лекарственных реакций.

Влияние возрастных изменений на фармакокинетику лекарственного средства: снижение pH желудочного сока и, как следствие, снижение абсорбции катионов, снижение печеночного кровотока и в результате увеличение концентрации лекарственного средства с феноменом «первого прохождения» через печень и др. Поэтому важно ориентироваться при фармаконсультировании на возраст пациента.

Назначаемые лекарственные средства для пожилых пациентов должны быть не



противопоказаны и совместимы, дозы препаратов и длительность приема для лечения приоритетного заболевания должны иметь доказанную эффективность в клинических исследованиях, назначаемая форма препарата и режим приема должны быть приемлемыми для пациента, отмена рецептурных препаратов только после консультации врача, сопутствующая терапия должна быть оценена с позиций эффективности и обоснованности, витальная (жизненно необходимая) терапия должна продолжаться.

Пути снижения нежелательных лекарственных реакций в гериатрии. При взаимодействии провизора и пациента предполагается обмен следующей информацией: причины обращения в аптеку, уже применяемые препараты, предоставление информации об ожидаемых эффектах терапии, предупреждение о возможных нежелательных реакциях.

Зачастую в аптеке мы с трудом вычисляем пациентов этих групп из общей очереди и обслуживаем их «на автомате». Но внимание обращать необходимо, ведь грамотное фармаконсультирование способствует благоприятному исходу заболеваний или состояний таких пациентов. И они обратятся конкретно в вашу аптеку еще не раз.

По материалам вебинара, организованного Фармамед.ру и Санкт-Петербургским союзом врачей

Анна ГОНЧАРОВА



НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА В СТОМАТОЛОГИИ

Продолжение, начало в МА №1/19

Сологова Диана Игоревна

Фунтовая Кристина Дмитриевна

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России» (Сеченовский университет)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НПВП

К нестероидным противовоспалительным препаратам, применяемым в стоматологии, относятся:

■ **Кеторолак** ингибирует ЦОГ преимущественно в периферических тканях, вследствие чего тормозится синтез модуляторов болевой чувствительности, простагландинов.

По силе анальгезирующего эффекта Кеторолак значительно превосходит другие НПВП. Препарат не угнетает дыхания, не влияет на опиоидные рецепторы, не вызывает лекарственной зависимости, не обладает седативным и анксиолитическим действием. Также важно то, что препарат начинает оказывать анальгетический эффект уже через 15–30 мин. после приема. Препарат рекомендуют использовать в качестве средства патогенетической и симптоматической терапии при консервативном и хирургическом лечении генерализованного пародонтита. При его применении регистрируются

ранее купирование болевых проявлений и признаков местной воспалительной реакции (отечность и кровоточивость десны). Также препарат способен снижать скорость резорбции костной ткани, в т.ч. и в присутствии микроорганизмов, что является существенным фактором в пользу включения препарата в схему фармакотерапии при пародонтите.

Кроме того, т.к. Кеторолак обладает высокой анальгетической активностью, он применяется в качестве альтернативы наркотическим анальгетикам при умеренных или сильных болях после операций в челюстно-лицевой области.

■ **Кетопрофен** — это мощное противовоспалительное средство нестероидного воздействия.

Он хорошо купирует болевые ощущения и помогает при большинстве подобных симптомов, а также снимает воспалительный процесс в мягких тканях. Помимо этого, кетопрофен способствует понижению температуры, если она повышена из-за какой-то серьезной патологии. Применяется он в виде раствора для полоскания — симптоматическое лечение воспалительных

заболеваний полости рта, таких как стоматит, глоссит, гингивит, пародонтит, пародонтоз, для анальгезии при лечении и удалении зубов (в качестве вспомогательного лекарственного средства). Кетопрофен снимает болевой синдром достаточно быстро, но этого мало. На саму причину заболевания (кариес, пульпит или пародонтит) он не действует. Основная опасность препарата состоит в том, что человек может очень долго заглушать боль и не идти к врачу, а это приведет к осложнениям как при стоматологических заболеваниях, так и для всего организма (возможно развитие головокружения, летаргии, рвоты, тошноты, болей в животе).

Кетопрофен в виде крема 1% при нанесении по 1,8 мл однократно в день в течение 6 месяцев на область десен резус-макак с пародонтизом способствовал восстановлению альвеолярной кости и значительно снижал в зубодесневой жидкости уровни ПГЕ2 и ЛТ В4 (через 2 и 3 месяца лечения). Препарат в виде геля 2% при нанесении на десны пациентов с хроническим пародонтитом дополнительно к инструментальной терапии способствовал значительному уменьшению глубины зондирования.

■ **Нимесулид.** Зубная боль не является прямым показанием к приему данного препарата. Лекарственное средство используется преимущественно при ревматических заболеваниях, поражающих суставы и окружающие их ткани. Действие лекарства направлено на устранение симптомов воспаления, в число которых входит боль, в т.ч. и зубная. Но необходимо помнить, что эффективность Нимесулида зависит от того, по какой причине возникает зубная боль. При тяжелых стоматологических патологиях устранить симптом не способны даже сильнодействующие анальгетики.

Эффективно применять препарат при гингивите, т.к. он устраняет отек, способствует нормализации местной температуры. Эффект после приема отмечается достаточно быстро, в среднем он начинает действовать через 25–30 мин. Обезболивающее действие сохраняется на достаточно длительный период времени — до 10 ч.

Важно! Лекарство также характеризуется рядом недостатков: его нельзя применять при беременности и детям; он не предназначен для длительного применения; существует

возможность привыкания; токсическое воздействие на печень; потенциальная — передозировки и отравления.

■ **Ибупрофен** тормозит синтез простагландинов, которые, в свою очередь, повышают чувствительность ноцицептивных рецепторов. За счет этого происходит снижение болевых ощущений, но эффект — временный (длится до 12 ч). Принимать препарат при зубной боли можно, однако не более чем 5 дней подряд.

Назначение Ибупрофена пациентам с хроническим пародонтитом через 14 дней сопровождалось значительно более выраженным уменьшением кровоточивости и гиперемии десен, а также глубины пародонтальных карманов по сравнению с группой без фармакотерапии.

Применение НПВП:

- при острой боли, возникшей в результате запущенного кариеса или пульпита;
- перед гигиеническими процедурами (снятием твердых отложений, отбеливания), при повышенном болевом пороге у пациента;
- для облегчения болей, возникающих после лечения;
- для устранения болевых ощущений в период привыкания к брекетам, протезу и др. конструкциям;
- при воспалительных процессах в мягких тканях полости рта (пародонтит, периодонтит, стоматит).

Нельзя принимать НПВП при:

- заболеваниях кишечника;
- беременности на сроке более 24 недель;
- печеночной и почечной недостаточности;
- неврите;
- нарушениях свертываемости крови;
- недавно перенесенных СС операций.

Для того чтобы избежать интоксикации и негативного воздействия на слизистую оболочку желудка, необходимо принимать препарат после приема пищи.

НПВС. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) представляют собой группу лекарственных средств, которые широко применяются в клинической практике, причем многие

из них можно купить без рецепта. Более тридцати миллионов людей в мире ежедневно принимают НПВС, причем 40% этих пациентов имеют возраст старше 60 лет. Большая популярность НПВС объясняется тем, что они обладают противовоспалительным, анальгезирующим и жаропонижающим эффектами и приносят облегчение больным с соответствующими симптомами (воспаление, боль, лихорадка), которые отмечаются при многих заболеваниях. Использование термина «нестероидные» подчеркивает их отличие от глюкокортикоидов, которые обладают не только противовоспалительным эффектом, но и другими, подчас нежелательными свойствами стероидов.

За последние 30 лет количество НПВС значительно возросло, и в настоящее время данная группа насчитывает большое число препаратов, отличающихся по особенностям действия и применения.

Ежегодно в России продается более 60 млн упаковок Ибупрофена и Кеторолака, более 25 млн упаковок Диклофенака, почти 20 млн упаковок Нимесулида.

Основной механизм действия НПВС — подавление активности циклооксигеназы (ЦОГ) — фермента, регулирующего превращение арахидоновой кислоты в простагландины (ПГ), простаглицлин (ПГ₁₂) и тромбосан (ТхАг). Особенно большое значение имеет характер

влияния НПВС на изоформы ЦОГ — ЦОГ-1 и ЦОГ-2. ЦОГ-1 постоянно присутствует в большинстве тканей (хотя и в разном количестве) и относится к категории «конститутивных» («структурных») ферментов, регулирующих физиологические эффекты ПГ. ЦОГ-2 играет роль «структурного» фермента только в некоторых органах (головной мозг, почки, кости, репродуктивная система у женщин), а в других органах в норме она не обнаруживается. Однако экспрессия ЦОГ-2 существенно увеличивается под влиянием иммунных медиаторов (цитокинов), принимающих участие в развитии иммунного ответа, воспаления, клеточной пролиферации и др.

Угнетение ЦОГ-2 — один из важных механизмов противовоспалительной и анальгетической активности, а ЦОГ-1 — токсичности НПВС. Неселективные НПВС в одинаковой степени подавляют активность обеих изоформ ЦОГ и поэтому обладают примерно сходной эффективностью. Это открытие послужило основанием для создания новой группы НПВС, которые преимущественно угнетают ЦОГ-2 (селективные ингибиторы ЦОГ-2). Они обладают всеми положительными свойствами неселективных НПВС, но менее токсичны по крайней мере в отношении желудочно-кишечного тракта. По избирательности действия в отношении изоформ ЦОГ НПВС разделяются на 4 группы (табл. 1).

Табл. 1 Классификация НПВС по избирательности действия на изоформы ЦОГ

Группа	Действующие вещества
Неселективные ингибиторы ЦОГ	Индометацин, ибупрофен, диклофенак
Селективные ингибиторы ЦОГ-1	Низкие дозы ацетилсалициловой кислоты
Селективные ингибиторы ЦОГ-2	Коксибы (целекоксиб, рофекоксиб, вальдекоксиб и др.); Мелоксикам, нимесулид, этодолак
Селективные ингибиторы ЦОГ-3	Парацетамол, метамизол натрия

Кроме того, НПВС классифицируются в зависимости от выраженности противовоспалительной активности и химической структуры. В первую группу включены препараты с выраженным противовоспалительным действием. НПВС

второй группы, оказывающие слабый противовоспалительный эффект, часто обозначаются терминами «ненаркотические анальгетики» или «анальгетики-антипиретики» (табл. 2).

Табл. 2

**Классификация НПВС в зависимости от выраженности
противовоспалительной активности и химической структуры**

НПВС с выраженной противовоспалительной активностью	
Кислоты	
Салицилаты	Ацетилсалициловая кислота Дифлунизал Лизинмоноацетилсалицилат
Пиразолидины	Фенилбутазон
Производные индолуксусной кислоты	Индометацин Сулиндак Этодолак
Производные фенилуксусной кислоты	Диклофенак
Оксикамы	Пироксикам Теноксикам Лорноксикам Мелоксикам
Производные пропионовой кислоты	Ибупрофен Напроксен Флурбипрофен Кетопрофен Тиапрофеновая кислота
Некислотные производные	
Алканоны	Набуметон
Производные сульфонида	Нимесулид Целекоксиб Рофекоксиб
НПВС со слабой противовоспалительной активностью	
Производные антраниловой кислоты	Мефенамовая кислота Этофенамат
Пиразолы	Метамизол Аминофеназон Пропифеназон
Производные парааминофенола	Фенацетин Парацетамол
Производные гетероарилуксусной кислоты	Кеторолак

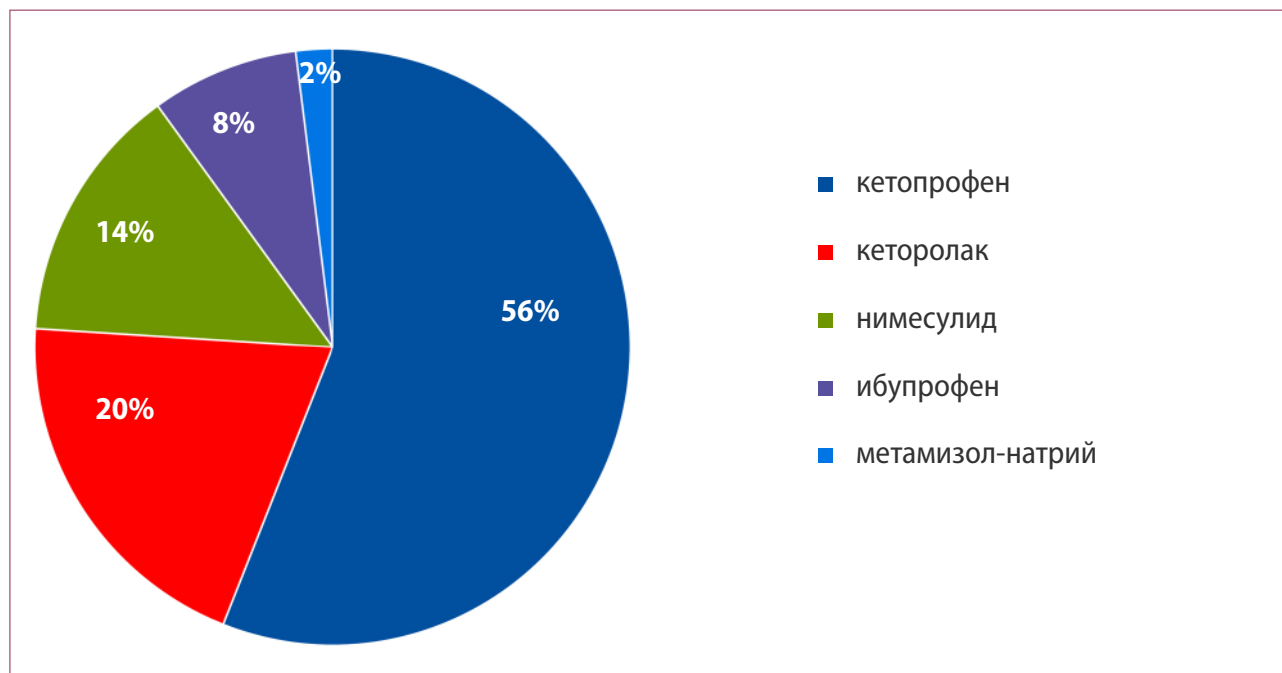
НПВП В СТОМАТОЛОГИИ

По данным Оренбургского государственного университета, перечень наиболее часто применяемых нестероидных противовоспалительных средств в стоматологической практике в таблетированной форме по данным на 2015 г. оказался следующим (*рис.*):

- Кетопрофен — частота назначения 56%, продолжительность действия 6 ч.

- Кеторолак — частота назначения 20%, продолжительность действия 4–5 ч.
- Нимесулид — частота назначения 14%, продолжительность действия 5 ч.
- Ибупрофен — частота назначения 8%, продолжительность действия 4 ч.
- Метамизол-натрий — частота назначения 2%, продолжительность действия 4 ч.

Рис.



В стоматологической практике НПВС широко применяются при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области и слизистой оболочки полости рта, воспалительном отеке после перенесенных травм, операций, болевом синдроме, артрозах и артритах

височно-нижнечелюстного сустава, миофасциальном болевом синдроме челюстно-лицевой области, неврите, невралгии, послеоперационных болях, лихорадочных состояниях.

Продолжение в МА №3/19



ВОПРОС — ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ

Государственное бюджетное учреждение Курганской обл. (поликлиника) планирует передать в аренду помещение под аптеку. Поликлиника заинтересована в том, чтобы ее пациенты могли получать лекарства в аптеке на льготных условиях (речь идет об отдельных категориях граждан, имеющих на это право в соответствии с законодательством). Однако не все аптечные организации Курганской обл. имеют договоры с органами государственной власти о льготном обеспечении населения лекарственными препаратами.

Будет ли нарушением и ограничением круга участников аукциона установление требования о льготном обеспечении граждан лекарственными препаратами в качестве условия допуска к участию в аукционе?

По данному вопросу мы придерживаемся следующей позиции:

Учреждение не вправе устанавливать требование о льготном обеспечении граждан лекарственными препаратами в качестве условия допуска к участию в аукционе, однако может предусмотреть в документации об аукционе и (или) проекте договора аренды условие об обязанности арендатора осуществлять такое льготное обеспечение.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫВОДА:

В соответствии с ч. 1, п. 3 ч. 3 ст. 17.1 Федерального закона от 26.07.06 №135-ФЗ «О защите конкуренции» (далее — Закон №135-ФЗ) бюджетное учреждение (далее также — Учреждение) заключает договор аренды государственного имущества, принадлежащего ему на праве оперативного управления, по результатам проведения торгов. При проведении торгов запрещаются действия, которые приводят или могут привести к недопущению, ограничению или устранению конкуренции, в т.ч. создание участнику торгов или нескольким участникам торгов преимущественных условий участия в торгах, если иное не установлено федеральным законом (ч. 1 ст. 17 Закона №135-ФЗ). Нарушение этих правил является основанием для признания судом торгов и заключенных по их результатам сделок недействительными, в т.ч. по иску антимонопольного органа (ч. 4 ст. 17 Закона №135-ФЗ).

Согласно п. 17 Правил проведения конкурсов или аукционов на право заключения договоров аренды, договоров безвозмездного

пользования, договоров доверительного управления имуществом, иных договоров, предусматривающих переход прав в отношении государственного или муниципального имущества (утверждены приказом ФАС России от 10.02.10 №67, далее — Правила), участником торгов может быть любое юридическое или физическое лицо, претендующее на заключение договора. В соответствии с п. 18 Правил участники конкурсов или аукционов должны соответствовать требованиям, установленным законодательством РФ к таким участникам. Организатор конкурса или аукциона не вправе устанавливать иные требования к участникам торгов (п. 19 тех же Правил).

Таким образом, учреждение вправе установить какие-либо требования к участникам аукциона на право заключения договора аренды помещений, в т.ч. для размещения в них аптек, только в том случае, если такие требования установлены законодательством. В противном случае итоги аукциона могут быть признаны недействительными (см. п. 1 разъяснений ФАС России от 01.11.11, утв. приказом ФАС России №67 от 10.02.10, решение комиссии Челябинского УФАС

России от 13.11.13 по делу №54-07/13, постановление ФАС Северо-Западного округа от 13.07.11 №Ф07-5399/11).

Законодательство, в т.ч. законодательство Курганской обл. (см. Положение о порядке предоставления в аренду государственного имущества Курганской области, утвержденное постановлением Курганской областной Думы от 23.06.10 №178), не устанавливает такого требования к участнику конкурсов или аукционов на право аренды помещений для размещения в них аптек, как наличие у них прав и (или) обязанности на осуществление льготного обеспечения лекарственными препаратами отдельных категорий граждан.

Поэтому мы полагаем, что Учреждение не вправе устанавливать требование к участникам аукциона о льготном обеспечении ими населения лекарственными препаратами, а также отклонять заявки на участие в аукционе в связи с тем, что участник не представил подтверждение наличия у него обязанности по такому обеспечению, вытекающей, например, из договоров, заключенных с органами государственной власти субъекта РФ. Косвенное подтверждение этому выводу содержится в Решении Курганского УФАС России от 18.12.15 №106(29)/2015, в котором антимонопольный орган отклонил довод заявителя жалобы о недопустимости участия в аукционе организации, у которой отсутствовали полномочия по льготному обеспечению граждан лекарственными препаратами.

Вместе с тем можем отметить следующее:

Условия договора аренды, не противоречащие императивным нормам законодательства, определяются по усмотрению сторон (п. 2 ст. 1, п. 4 ст. 421 ГК РФ). Антимонопольное законодательство не запрещает включать в договор аренды условия, определяющие порядок использования арендованного имущества в связи с осуществлением арендатором тех или иных видов деятельности. Более того, согласно п. 110 Правил документация об аукционе может содержать требования к качеству, техническим характеристикам товаров (работ, услуг), поставка (выполнение, оказание) которых происходит с использованием такого имущества,

требования к описанию участниками аукциона оказываемых услуг, их количественных и качественных характеристик. Запрещается лишь включать в документацию в форме таких требований требования к участнику аукциона (в т.ч. требования к его квалификации), а также требования к его деловой репутации, к наличию у него производственных мощностей, технологического оборудования, трудовых, финансовых и иных ресурсов (п. 111 Правил).

С нашей точки зрения, к таким требованиям может быть отнесено и требование о льготном обеспечении отдельных категорий граждан лекарственными препаратами в течение срока действия договора аренды помещений для размещения аптеки. Аптечные организации вправе реализовывать лекарственные препараты на льготных условиях гражданам, имеющим на это право, даже если они не принимали на себя эту обязанность в соответствии с государственными контрактами, и вправе заключить контракты (соглашения) с органами исполнительной власти субъекта РФ о возмещении им неполученных при этом доходов за счет средств бюджета, если это предусмотрено региональным законодательством. (Хотя, полагаем, даже оценка такого условия как финансово обременительного сама по себе не означает, что оно ограничивает число участников торгов.)

Тем не менее, разумеется, не исключено, что заинтересованные лица обжалуют включение в документацию об аукционе вышеописанного требования или итоги проведенного аукциона, и нельзя исключить, что антимонопольный орган при этом не займет другой позиции. Материалов правоприменительной практики, в которых рассматривалась бы аналогичная ситуация, мы, к сожалению, не обнаружили.

Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ

Павел ЕРИН



ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

www.garant.ru



ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК РОССИИ: ЧТО БЫЛО, ЧТО БУДЕТ?

Аналитики фармацевтического рынка не только выявили особенности отрасли, характерные для 2018 г., но и попытались спрогнозировать некоторые тренды года 2019-го.

КТО ВИНОВАТ?

Известный постулат «кадры решают все», видимо, до сих пор играет решающую роль в управленческой политике не только российских, но и зарубежных компаний, работающих на территории России.

Так, в 2018 г. в российских офисах крупнейших международных фармацевтических компаний сменилось 17 генеральных менеджеров. Основная причина увольнений — неудовлетворенность бизнеса результатами руководимых ими подразделений. Кстати, оборот этих компаний на российском фармрынке превышает 20%. Виноваты ли уволенные топ-менеджеры в тех проблемах, с которыми столкнулись их компании? Трудно сказать наверняка. Но вот, на-



пример, генеральный директор IQVIA **Николай Демидов** уверен, что нужно говорить не столько о некомпетентности руководителей того или иного уровня, сколько о продолжении кризиса в экономике России. Именно он объективно и крайне негативно оказывает

влияние на фармацевтический рынок нашей страны. Однако есть, по мнению аналитика, и явные недоработки руководителей компаний. Главная и очевидная проблема заключается в их плохом взаимодействии с аптечными сетями.

ЧТО ИМЕЕМ?

Пока каждый участник фармацевтического рынка ищет причины своих неудач и способы их преодоления, аналитики выявили следующие ключевые моменты, характеризующие состояние фармацевтической отрасли в России:

Сократился спрос на лекарственные препараты безрецептурного сегмента фармрынка. Прошедший год оказался здесь самым убыточным за последние четыре года.

Возрос, порой до критических отметок, кризис доверия между производителями лекарственных средств, дистрибуторами, фирмами-перевозчиками и аптечными сетями.

Ожидаемый многими рост фармацевтического рынка в 2018 г. оказался ниже и составил в рублевом выражении 4%, а в упаковках — 3%. И это притом, что прогнозируемый рост должен был составить 6–7%! Правда, в формате государственно-амбулаторного сегмента рост все-таки достиг 6% в рублевом выражении.

Каналы региональных закупок существенно влияют на повышение цен в аптечной рознице населенных пунктов, далеких от крупных городов.

Существенно повысился спрос на большие упаковки, т.к. покупатели стали подсчитывать стоимость одной таблетки. А в малых упаковках она выше.

Основным сюрпризом для всех практически участников фармацевтического рынка стало перераспределение спроса в сторону оригинальных и инновационных лекарственных препаратов. И это несмотря на то, что покупатели понимают, — оригиналы дороже дженериков.

Дженерики брендовые и небрендовые продемонстрировали фактический одинаковый уровень падения спроса на свои препараты. Лишь три компании-производителя смогли сохранить свои позиции. Да и то лишь в секторе госзакупок.

Практически во всех сегментах фармацевтического рынка выявлены группы лекарственных препаратов, лидирующих по спросу. Это противоопухолевые и диабетические средства; с некоторым отставанием от них идут противоварикозные и противотромботические лекарственные средства. А вот противовоспалительные препараты, в отличие от лидирующей четверки, пользуются значительно меньшим спросом.

Общие темпы роста аптечной розницы составили 4,8%. И тут неожиданно лидерами стали не только дешевые лекарственные препараты (до 50 руб.), но и дорогие (от 500 руб. за упаковку). Потребление последних возросло на 7%.

Считается, что вообще для фармацевтического рынка инфляция несколько «подсластила» пилую общих бизнес-неудач.

Рост цен на лекарственные препараты составил в среднем 19% в дешевом сегменте и лишь 4,7% в дорогом.

«Пик» сезонных продаж лекарственных препаратов от гриппа и ОРВИ в аптечной рознице сместился с зимних месяцев на март-апрель. При этом начало сезона (ноябрь-декабрь) показало самый низкий уровень продаж за последние несколько лет наблюдений.

Перед майскими праздниками сформировалась такая замечательная неделя, когда розничные продажи лекарственных препаратов существенно подскочили.

Последняя неделя года — еще один «подарок» аптечным сетям. Этот период вообще стал самым активным по продажам.

Николай Демидов отметил, что доля государственного сектора закупок лекарственных препаратов постепенно снижается, зато растет сегмент коммерческих покупок. На 2018 г. он составил 77%.

Среднедушевое потребление лекарственных средств в 2018 г. в денежном выражении практически не изменилось по сравнению с предыдущим годом и составило 9693 руб.

Интересно, что в 2018 г. на каждого россиянина пришлось 44 упаковки потребленных лекарственных препаратов, из них 36 — было приобретено нашими соотечественниками за свой счет. Средневзвешенная стоимость 1 упаковки снизилась на 0,1% и составила 222,5 руб. Средний чек аптечной покупки составил 393 руб. (он повысился в прошедшем году на 4%).

В аптечной рознице продолжилось падение продаж в секторе парафармацевтической аптечной розницы. Теперь россияне предпочитают приобретать максимальное количество косметической и гигиенической продукции в сетевых супермаркетах и торговых центрах. И покупать в аптеках лишь то, что в других торговых организациях не продается.

В прошлом году ощущался существенный спад в сегменте БАД — стоимость их возросла, а доверие к ним покупателей снизилось.

Средняя месячная выручка одной аптеки составила 1 560 580 руб.

И наконец, отмечено, что TOP-20 аптечных сетей в прошлом году аккумулировали 42% оборота лекарственных препаратов. Для сравнения — в 2017 г. этот показатель равнялся 37%.

ЧЕГО ЖДЕМ?

Все отчетливее стали проступать грядущие требования по кредитам к розничным организациям, торгующим фармацевтической продукцией. Происходит это потому, что дистрибуторы больше не хотят верить аптечным сетям на слово и требуют фактического подтверждения своей платежеспособности. К сожалению, неплатежи продолжают иметь место.

Перспективы бурного роста интернет-продаж лекарственных препаратов грозят оттоком покупателей из традиционных аптечных

сетей. «Мы проводили опрос среди разных групп населения по поводу их готовности покупать лекарственные препараты через Интернет. И, если в 2017 г. только 20% респондентов выразили свое желание приобретать лекарства онлайн, то в 2018 г. уже 46% опрошенных выразили такую готовность. Те, кто против такой формы торговли лекарствами, объяснили это тем, что они опасаются купить подделку, невозможностью проверить заранее срок годности лекарства. Ну а приверженцы интернет-торговли



лекарственными средствами видят в этом формате два главных удобства. Первый заключается в том, что весь набор необходимых лекарств можно заказать в одном месте. Второй плюс — экономия времени на походы по аптекам», — сообщил **Олег Фельдман**, управляющий директор Ipsos Healthcare.

Все ждут обновления регулирования и внедрения очередного табулирования цен на лекарственные препараты как в секторе коммерческих продаж, так и государственных закупок.

Тем не менее генеральный директор аналитической компании DSM Group **Сергей Шуляк**



уверен, что не стоит драматизировать ситуацию с продажами на фармрынке. В то же время аналитик обращает внимание на то, что Федеральная антимонопольная служба пролонгировала систему ценообразования на

лекарственные препараты, входящие в список ЖНВЛП. Но как точно будут выглядеть эти цены, пока не известно. Дискуссия на эту тему все еще продолжается. «Всех участников фармацевтической цепочки настораживает заявление о том, что Россия должна стать страной с самыми дешевыми лекарственными препаратами. Нет, с обывательской точки зрения такая перспектива, конечно, радует. Но с точки зрения профессионалов фармацевтической отрасли, такое стремление к дешевизне откровенно

ужасает. Уже сейчас мы видим, что возможное насильственное снижение цен на лекарственные средства приведет не только к оттоку инвестиций, но и к приостановке поставок многих препаратов», — предупреждает Сергей Шуляк. Подсчитано, что, если новая система ценообразования на препараты перечня ЖНВЛП сделает их дешевле на 10%, аптечные сети потеряют 4% прибыли. А они и так постоянно сетуют на весьма низкую рентабельность своих организаций. Есть идея сделать фиксированные цены на препараты ЖНВЛП только в сегменте государственных закупок. Аптечные сети это вполне устроило бы.

«Вообще сама система ЖНВЛП — один из факторов, которые несут потенциальную угрозу перспективам развития российского фармацевтического рынка. Минпромторг России, Минздрав России и ФАС являются теми структурами, которые отвечают за формирование нашего фармрынка. Но их предложения порой существенно расходятся», — сетует Сергей Шуляк. Он добавляет, что основным драйвером на фармацевтическом рынке всегда была аптечная розница. Но сейчас у населения слишком мало денег, и потребительская возможность снизилась.

Общая ситуация в минувшем году привела к тому, что одни крупные зарубежные аптечные сети ушли с нашего рынка, а другие собираются покинуть его и уже официально объявили об этом. Объясняют это они тем, что российский рынок стал для них бесперспективным.

«Около 10 лет мы наблюдали рост розничного сегмента. Да, многие аптеки закрывались. Но еще больше открывалось. Доля розницы в 2018 г. составила 71% лекарственных препаратов. Но



в этом же году впервые количество аптечных организаций розничной сети стало сокращаться. И у нас есть все основания полагать, что в 2019 г. эта тенденция не только сохранится, но и будет набирать обороты»,

— отметила генеральный директор компании AlphaRM **Анна Ермолаева**. Она добавила, что будет и дальше продолжаться консолидация

розничных аптек. Во всяком случае, об этом свидетельствуют проведенные опросы.

Анна Ермолаева увидела еще два повода для оптимизма в плане развития фармацевтического рынка. Первый — это те дополнительные 10 млрд руб., которые правительство выделило на обеспечение 12 нозологий (ранее их было 7). И второй — еще 50 млрд руб., предназначенных на борьбу с онкологическими заболеваниями. На 2019 г. руководитель AlphaRM прогнозирует прирост всего фармацевтического рынка на 3–8%. И на 4% — непосредственно в сегменте розницы.

ЧТО ЕЩЕ ВАЖНО?

Как утверждает Олег Фельдман, такого количества фармацевтов на душу населения, как в России, нет ни в одной другой стране мира. Поверим ему на слово. Тем более что аналитик поясняет, что этот профессиональный ресурс аптечной розницы должен играть все возрастающую роль в деле увеличения сбыта лекарственных препаратов. И для этого есть все условия. В частности, наши врачи уже давно не

выписывают рецепты на безрецептурные лекарственные препараты, а снабжают своих пациентов записками, где значится лишь МНН. Вот и получается, что какой конкретно препарат, и какого именно производителя купит пациент, зависит от работника первого стола. По данным опроса уже сейчас 27% покупателей приобретают лекарства на основании совета работника аптеки. Вот и получается — хотите больше продавать, учите персонал технике продаж!

И еще. До недавнего времени сетевые аптеки существенно опережали единичные в плане привлечения покупателей. В 2018 г. наметилась тенденция, которая, по мнению многих аналитиков, наверняка будет развиваться в 2019 г. Одиночные аптеки стали перенимать у своих сетевых коллег приемы, позволяющие повысить лояльность покупателей. Речь идет о таких акциях, как «получи свою дисконтную карту», «сезонные цены», «предложение дня/недели», «подарок к покупке» и т.п.

Подготовлено по материалам круглого стола РАФМ «Фармацевтический рынок России. Итоги 2018 года»

Марина МАСЛЯЕВА



ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ — ДЛЯ КОГО, ДЛЯ ЧЕГО

Окончание, начало в МА №1/19

С 2001 г. существуют два документа, которые являются официальной информацией о лекарственном средстве на территории ЕС: для врача/фармспециалиста — сводная характеристика лекарственного продукта (SmPC) — инструкция для профессионалов здравоохранения, для неспециалистов — листок-вкладыш в упаковку.

КОГДА ЧТЕНИЕ ИНСТРУКЦИИ ИМЕЕТ НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ



Елена Вольская, проректор по научной работе МГМСУ им. А.И. Евдокимова, представила результаты европейского исследования, которое было проведено в ЕС в 2017 г., посвященное качеству инструкций и листов-вкладышей. В 2009 г. во втором чтении

вышло руководство по SmPC. На его основе делается краткое руководство для специалистов, которое прикладывается к рекламе, по этическим и правовым нормам рекламу всегда должна сопровождать официальная информация.

Для SmPC 10 версий рекомендаций — это европейский шаблон. Последняя, десятая редакция, составленная рабочей группой ЕМА, в которую входят представители фарминдустрии, врачи и специалисты фармацевтической отрасли, вышла 9 февраля 2016 г. Тем не менее, несмотря на регулирование, постоянное внимание ЕМА и Еврокомиссии к вопросу информирования врачей, требованиям к листкам-вкладышам, в Европе в последние годы выходят постоянные публикации об их негативном влиянии на применение лекарственных средств пациентом при самолечении.

В данных публикациях проф. Вольская выявила три негативных фактора:

- неудовлетворенность вследствие неполучения четких рекомендаций;
- дезинформация вследствие непонятности текста для неспециалиста;
- ноцебо-эффект.

Мониторинг Федерального союза больничных касс ФРГ (2012 г.), мнение потребителей

о листках-вкладышах, говорят о том, что более половины опрошенных (65%) понимают важность информации о лекарственном препарате. 42% считают их чересчур длинными, 20% говорят о том, что в них невозможно разобраться, 17% жалуются на мелкий шрифт и 29% отмечает, что листки-вкладыши «только путают».

Оценка объема информации в зависимости от возраста показывает, что чем старше человек, тем чаще листок-вкладыш кажется ему слишком длинным. Только в возрастной группе 31–40 лет чуть больше половины пациентов считают размер и объем информации нормальным. Непонимание текстов и неуверенность пациентов снижают комплаенс и провоцируют отказ от лечения.

«Проводились специальные исследования, — приводит интересные факты Елена Алексеевна, — в которых принимали участие две группы пациентов, страдающих от болей в спине. Одним дали прочитать полный перечень вероятных неблагоприятных реакций от применения известного нестероидного противовоспалительного средства, а другим — просто информацию из буклета. В той группе, которая прочитала все, от приема препарата отказалось 70% пациентов. Мы всегда говорили о том, что нужно давать как можно больше информации, и пациенту тоже. Но очевидно, что это не совсем так».

Слово «плацебо» означает «я буду угоден», «ноцебо» — «я нанесу вред». Специалисты, которые проводят исследования, говорят о том, что само по себе чтение о возможных побочных эффектах лекарственного препарата обуславливает появление соответствующих симптомов. Врачи наблюдали панические атаки с резким повышением АД и ЧСС, угрожающее падение артериального давления, кожные проявления и проч. Страх или просто негативные ожидания могут спровоцировать тяжелые симптомы. Так, подробные объяснения вероятных побочных реакций коррелируют с увеличением их числа в клинических исследованиях. Психологи отмечают, что спонтанная тревожность по поводу применения лекарственного средства может

быть вызвана как какими-либо рассказами, так и чтением инструкций.

Негативное влияние инструкции по применению ЛП на информирование специалиста:

- дезинформация вследствие недопонимания терминологии;
- неоправданная потеря времени из-за формата инструкции.

В 2016 г. 8 стран ЕС приняли участие в исследовании понимания инструкции. В ходе данного опроса было разослано 600 анкет врачам разных специальностей, 200 анкет аптечным работникам и 200 анкет юристам. Получено около 70% заполненных анкет, т.е. ответы дали около 700 респондентов. Среди прочего, респонденты должны были указать вероятность неблагоприятных реакций при наличии в инструкции категорий «частые» (до 10%), «не частые» (0,1–1%), «редкие» (0,01–0,1%).

Только 4% опрошенных врачей/аптекарей правильно указали вероятность появления частых неблагоприятных реакций. Большинство медицинских работников указали вероятность частых реакций от 40 до 60%. Такой же процент ошибок по другим категориям. Авторы сделали вывод, что используемая классификация частоты вероятности наступления неблагоприятных реакций не соответствует профессиональной медицинской лексике, независимо от языка.

Поэтому в 2016 г. Еврокомиссия по рекомендации ЕМА инициировала исследование качества официальной информации о лекарственных препаратах. Отчет был опубликован в 2017 г. Работа проводилась голландским институтом исследований в области здравоохранения NIVEL и Лидским университетом (Великобритания).

Было проведено два исследования — по листкам-вкладышам и SmPC, в которых оценивались читаемость и понимание инструкций и вкладышей к Rx- и OTC-препаратам пациентами и специалистами здравоохранения, а также выработка рекомендаций по улучшению ситуации на основе полученных результатов. В исследовании принимали участие репрезентативные группы потребителей/пациентов, врачей

и фармспециалистов, а также представителей фарминдустрии.

Участвовавшие в исследовании врачи и фармспециалисты оценили качество SmPC как удовлетворительное. Неудовлетворенность выказывали врачи в отношении чрезмерного объема и отсутствия возможности быстро найти существенную информацию, относящуюся к безопасному применению лекарственного препарата.

Анализ текста листовок-вкладышей 100 наиболее продаваемых препаратов показал:

- менее половины выполняли требования к шрифту, текст 6 пт (требование — 8 пт);
- плохо форматированы — 7%;
- сложные для понимания: в среднем по 29 иностранных слов в тексте (max — 106), более 25% из них не объяснены или не переведены;
- риск не поддается оценке.

Вывод: листки-вкладыши требуют улучшения в большей степени, чем SmPC.

Были даны следующие рекомендации:

- привлекать пациентов к разработке и тестированию проектов вкладышей, разработать методики предварительной оценки их проектов;
- составить перечень вкладышей, которые можно взять за основу переработки макета;
- ввести раздел «существенная информация» для быстрого поиска информации, связанной с безопасностью применения лекарственного препарата, как в SmPC, так и в листки-вкладыши.

Данные рекомендации вызвали необходимость в проведении следующего исследования: реализации и ценности возможного введения раздела по существенной информации как для пациентов, так и специалистов здравоохранения. Был произведен поиск имеющихся подтверждений возможного воздействия нового раздела с существенной информацией по безопасности и эффективности применения лекарственного препарата на качество информации. Оценка реальности внесения требования нового раздела с существенной информацией по безопасности и эффективности применения лекарственного препарата в контекст правовых актов ЕС. Оценка возможных затрат и, соответственно, пользы от внесения требования нового раздела

с существенной информацией по безопасности и эффективности применения лекарственного препарата в контекст правовых актов ЕС.

Анализ включал поиск и изучение публикаций, проведение консультаций с заинтересованными организациями во всей Европе и SWOT-анализ. Был сделан вывод, что исследование должно быть продолжено с применением специальных тестов по оценке пригодности вариантов раздела с привлечением всех национальных регуляторных органов ЕС.

Согласно отчету одного из аналитических агентств в 2017 г. было продано 5 066 000 000 млн упаковок лекарственных препаратов. Если подсчитать объем инструкций по медицинскому применению (ИМП) в страницах, то получается, что в среднем один житель нашей страны прочитывает 127 страниц в год. И нужно учитывать тот факт, что это тяжелый, нагруженный специфическими терминами документ. Но является ли ИМП наиболее релевантным источником информации? Такой вопрос для обсуждения был предложен **Павлом Логвинюком**, преподавателем кафедры организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Со своей стороны он представил следующие данные.

Региональные образовательные школы фармацевтических работников в 2018 г. проводили анкетирование. Часть анкеты была посвящена пониманию терминов, используемых в инструкции. На вопрос «Укажите, что означает в ИМП понятие «Площадь под фармакокинетической кривой?» количество неправильных ответов составило порядка 75%. На вопрос «Что означает термин биодоступность?» только 50% респондентов дали правильный ответ, при этом опрос проводился как среди провизоров, так и среди фармацевтов.

Также было предложено рассчитать разовую дозу приема препарата для ребенка 10 кг. В ИМП указано, что суточная доза лекарственного препарата составляет 30 мг/кг/сутки, кратность приема 6 час. В результате 8% провизоров и фармацевтов рассчитали неправильно. Какой же тогда процент ошибок допускают обычные люди? И насколько ИМП понятна для пациента?

Павел Александрович поделился данными еще одного интересного исследования. Был проведен социологический опрос потребностей

пациентов и позиции врачей и провизоров, в котором приняли участие 303 фармацевтика, 113 врачей и 360 пациентов. В результате было выявлено:

- 20% опрошенных пациентов считают, что продолжительность консультации врача по вопросу применения препарата составляет менее 1 мин.;
- 30% — что время составляет от 1 до 3 мин.

При этом врачи считают, что они уделяют консультации о лекарственном препарате достаточно времени. Данное исследование говорит о том, что у пациента существует потребность в фармацевтической информации, которая будет доводиться на доступном для него языке.

Федеральный закон от 12.04.10 №61 «Об обращении лекарственных средств» регламентирует состав инструкции по медицинскому применению, который содержит большой объем информации. Но он не всегда является достаточным.

Какая информация в ИМН могла бы быть полезной?

- наличие лекарственного препарата в перечнях (ЖНВЛП, ОНЛП и т.д.), с регулируемым ценообразованием;

- является ли данный препарат референтным/ взаимозаменяемым/ биоаналоговым/ орфанным;
- наличие препарата в перечнях наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров (предупреждение об уголовной ответственности за незаконный оборот).

Эффективное и безопасное лечение — это простая формула, которая складывается из трех элементов:

- правильный диагноз, поставленный врачом;
- правильно подобранная лекарственная терапия;
- правильный прием лекарственных препаратов.

Если не будет правильного приема лекарственных препаратов, все усилия, потраченные на диагностирование заболевания, назначение терапии, будут потрачены впустую. Правильный прием лекарственного препарата — это наличие релевантной для пациента фармацевтической информации и профессиональное фармацевтическое консультирование в аптеке.

Подготовлено по материалам секции в рамках Всероссийской конференции «ФармМедОбращение»

Елена ПИГАРЕВА



ASoft XXI

ПРОТИВОВИРУСНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

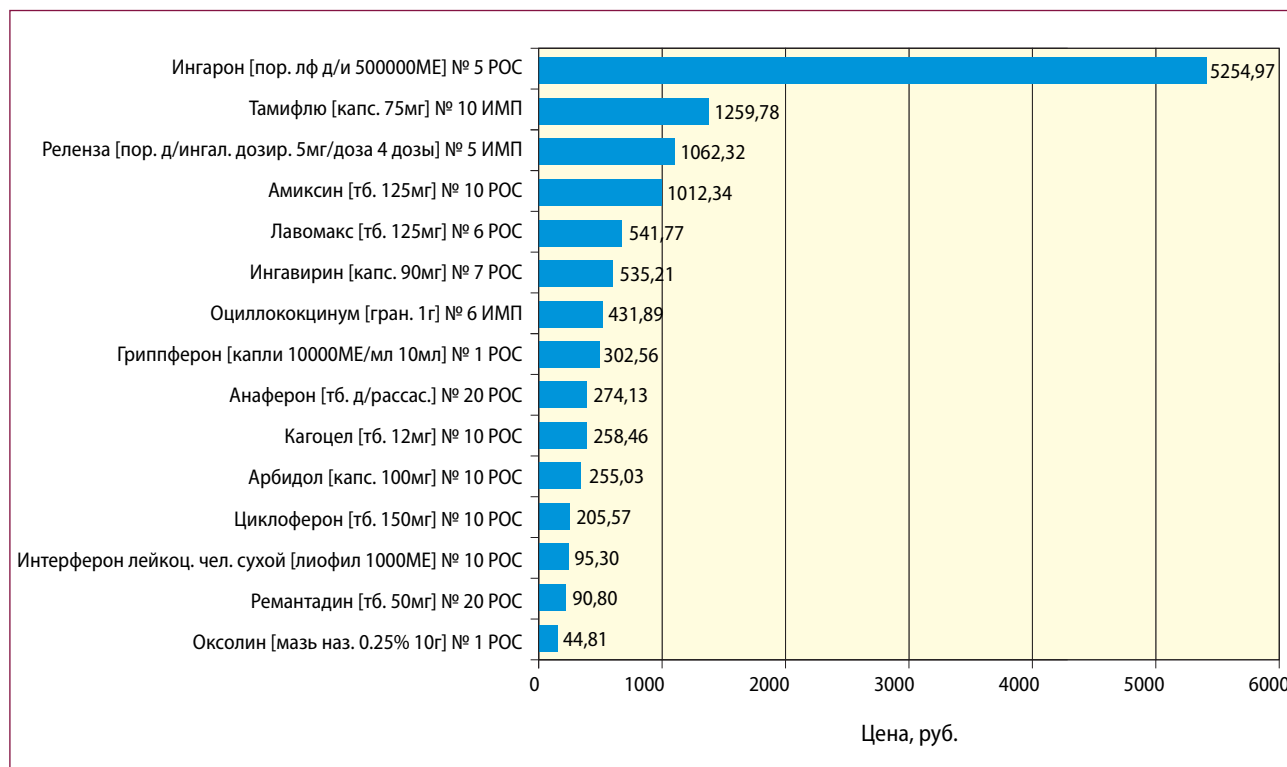
Противовирусные препараты — лекарственные средства, предназначенные для лечения различных вирусных заболеваний: гриппа, герпеса, ВИЧ-инфекции и др.

По принципу действия противовирусные препараты подразделяются на две группы: стимулирующие иммунную систему атаковать вирусы и атакующие вирусы напрямую. Препараты второй группы различаются по этапу жизненного цикла вируса, на котором они активны: препятствующие проникновению вируса в клетку, препятствующие размножению вируса внутри клетки и препятствующие выходу копий вируса из клетки. При принятии противовирусных препаратов в профилактических дозах у здорового человека повышаются шансы избежать респираторной инфекции в эпидемиологический период.

Цель исследования — проанализировать среднюю стоимость лекарственных средств данной группы, основанную на статистике обращений на сайт AptekaMos.ru

На [рис.](#) представлены средние розничные цены на противовирусные лекарственные средства в феврале 2019 г.

Рис. ЦЕНА НА ПРОТИВОВИРУСНЫЕ ЛС В ФЕВРАЛЕ 2019 г.





XXI ВЕК: НОВАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ

Окончание, начало в МА №10/18

Гандель Виктор Генрихович

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

СИТУАЦИЯ VI. СВЕРХФАРМАЦИЯ СВЕРХМАЛЫХ ДОЗ

Перейдем к содержательной части, имеющей для фармации существенное и принципиальное значение, задавшись вопросом, что оставил нам Самуэль Ганеман — этот незаурядный мыслитель и естествоиспытатель, эрудит, научный литератор, долгожитель и долголюб, разделивший медико-фармацевтический мир на последователей, противников и равнодушных?

Прежде всего, будучи экуменистом, генетически приверженным эмпатии, он считал человеческую жизнь и здоровье непреходящей ценностью, а их носителей — *HOMO SAPIENS*, венцом творения природы («божественного творения»), заслуживающих самого милосердного и сострадательного призрения. Отсюда внимательное и уважительное отношение к пациенту при скрупулезном сборе неограниченного по времени анамнеза.

Кроме того, гомеопатия ввела в медико-фармацевтический обиход множество специфических терминов, понятий, подходов, смыслов, принципов, интерпретаций. Главные из них, сформулированные Валерием Зильбером в книге «Роман о гомеопатии», представлены ниже^[1].

- Первый принцип гомеопатии — принцип «подобия».
- Второй принцип — малые дозы.
- Третий — приготовление лекарств (технология потенцирования, динамизации).

Со стороны части научно-медицинского сообщества все они подвергаются беспощадной уничижительной критике, остановимся пока на втором из них, наиболее уязвимом и наиболее интересном, который, в свой очередь, тесно связан с третьим: один без другого, по идее Ганемана, не работает.

Величина дозировки — важнейшая, краеугольная основа любой фармакотерапии: именно здесь лежит понимание того, как действует химическая субстанция — природная, синтетическая или комбинированная. Дозировка — понятие не только фармакологическое или физико-химико-технологическое, но и во многом ментально-понятийное, ибо напрямую связано с определением «норма», когда экспериментальные проверки и теоретические размышления приводят к пониманию такого оптимума, при котором дозировка становится инструментом достижения (желательно максимального) положительного (искомого, конечного) результата, и не обязательно только в терапии.

МАЛЫЕ ДОЗЫ

Принцип малых доз лекарств постулируется как ведущий принцип гомеопатии, ее фундаментальная основа и ее инновация.

В гомеопатии дозы, вызывающие в организме болезненные, но не токсические явления, называют большими дозами, а дозы, купирующие их, малыми. По гомеопатическим представлениям, дозу лекарства называют большой или малой не столько от количества лекарственного вещества, сколько от направленности его действия.

Как известно, для создания единой, понятной и рассчитываемой дозировки Ганеман использовал логарифмы чисел при основании 10, составив шкалу разведений, в соответствии с которой концентрация вещества в каждом последующем разведении уменьшается в 10 раз.

В гомеопатии вещества употребляются в низких разведениях, когда можно установить их

содержание в долях грамма (например, разведение 3D — 0,0001), а также в высоких разведениях, где обнаружить молекулы уже не удается, поскольку речь идет о количестве вещества меньше массы одной молекулы (число молекул в 1 моль любого вещества равно $6,002514 \times 10^{23}$ — число Авогадро). За пределами 12C (100^{12}) или 24D (10^{24}) разведения молекул быть уже не должно: в этом случае малой дозой называются высокие и сверхвысокие разведения.

Уместно заметить, что во времена Ганемана число Авогадро известно еще не было.

Применение высоких разведений, в которых теоретически нельзя обнаружить молекулы действующего вещества, даже в среде гомеопатов вызывают наибольшие разногласия.

Однако исследования ряда ученых показали, что и растворы высоких и сверхвысоких разведений обладают биологическим эффектом.

Первое сообщение о действии ничтожно малого количества вещества на биологический объект появилось еще в 1893 г., когда швейцарский ботаник Карл Негели доложил научному миру о своем открытии — антимикробном действии серебра и меди. Ученый наблюдал гибель микроорганизмов в воде при концентрации в ней металлов, составляющих **миллионные доли**, или, говоря химическим языком, следы. Эти свойства меди и серебра были названы олигодинамическими, что в буквальном переводе означает «действие следа». Дальнейшими исследованиями было установлено, что наибольшим олигодинамическим действием обладает серебро. Сегодня этим термином обозначают токсическое воздействие ионов металлов на живые клетки, водоросли, плесень, споры, грибы, вирусы, прокариотные и эукариотные микроорганизмы.

Изучением влияния малых концентраций положительных ионов на биологические объекты занимался выдающийся русский фармаколог Николай Кравков (род. 8 марта 1865 г.), наблюдая влияние различных химических веществ (адреналина, гистамина, никотина, стрихнина, эфира, хлороформа и др.) на сосуды изолированного уха кролика и пигментные клетки живых лягушек. В опубликованной им статье «О пороге чувствительности протоплазмы»^[2] Кравков сообщал, что химические вещества в разведениях 10^{28} – 10^{32} воздействуют на живую протоплазму,

причем эффект этот противоположен действию данных веществ в обычных фармакологических дозах: он сопровождается расширением сосудов, тогда как фармакологические дозы вызывают сужение. Сам автор объяснить механизм этого действия не смог, указав лишь, что не считает полученные результаты подтверждением гомеопатической доктрины.

Похожие результаты были получены в работах русских физиологов Н. Введенского о парабозе и А. Ухтомского о доминанте, высказавших предположение о парадоксальном поведении тканей и органов, когда сильные раздражители вызывают их угнетение, а слабые (малые дозы) — возбуждение и восстановление нарушенной активности. Под доминантой Ухтомский понимал очаг сильного возбуждения, временно господствующий в центральной нервной системе и оказывающий тормозящее влияние на деятельность других нервных центров: под влиянием слабых, но адекватных раздражений, угнетение снимается и работа восстанавливается.

В экспериментальных исследованиях 60–70-х гг. прошлого столетия в нашей стране и за рубежом неоднократно тестировалось влияние малых доз химических веществ на физиологические процессы в норме и патологии: их эффекты регистрировались на уровне отдельных биомакромолекул, клеток, систем и целостного организма.

Обстоятельное изучение этой непростой проблемы в СССР инициировал Виталий Гольданский — советский и российский физико-химик, лауреат Ленинской премии, специалист в области химической физики, физики атомного ядра и элементарных частиц, академик РАН, доктор физико-математических наук, профессор.

При его поддержке в Институте биохимической физики им. Н.М. Эммануэля РАН в 80-е гг. Еленой Бурлаковой и ее коллегами были проведены исследования, положившие начало научно обоснованному подходу к изучению феномена, где было дано определение сверхмалых доз: *дозы (количества, массы) веществ, концентрации которых на один или несколько порядков ниже их равновесной константы взаимодействия с эффектором (мишенью)*^[3].

Впоследствии была предложена консенсусная дефиниция понятия СМД биологически

активных веществ как доз, эффективность которых не может быть объяснена с позиций существующих представлений о механизмах действия этих соединений, и требующего новых подходов к осмыслению наблюдаемых феноменов на основе новейших достижений биохимии, молекулярной биологии, физической химии, химической физики, нанотехнологии и пр.

Следует заметить, что, хотя пока нет единой, более или менее обоснованной теории эффекта СМД, само существование этого феномена как регистрируемой объективной реальности практически никем не оспаривается. Более того, анализируются феноменологические особенности проявления их активности на разных уровнях и подуровнях биологических субстратов, и не только в эксперименте.

Интерес к изучению эффектов СМД не ослабевает. Счет публикаций и ссылок по рассматриваемой тематике идет на тысячи и продолжает нарастать: исследованиям подвергаются целые классы лекарственных веществ, биологически активных добавок, токсичных веществ, иных химических соединений.

Особого внимания заслуживают исследования влияния СМД на раковые клетки. По данным академика РАН Андрея Каприна, за последние десять лет онкология стала настоящей демографической проблемой: показатель заболеваемости раком в мире на 100 тыс. населения вырос на 20,4%, к 2030 г. заболеваемость раком увеличится еще на 20%, а по некоторым локализациям — до 30%^[4].

Об остроте проблемы в нашей стране говорит директор Российского общества клинической онкологии Илья Тимофеев: раком будет болеть все больше российских граждан, в 2019 г. в России могут заболеть до 600 тыс. человек — это больше населения многих российских городов. Каждый год от онкологических заболеваний в России погибает примерно 300 тыс. человек^[5].

В 2018 г. в ежегодном послании Федеральному собранию Президент РФ Владимир Путин заявил о необходимости создания общенациональной программы по борьбе с онкологическими заболеваниями, поручив правительству добиться снижения к 2024 г. смертности от новообразований, в т.ч. злокачественных, со 191 до 185 случаев на 100 тыс. населения. К этому времени предстоит построить новые онкологические

центры и дооборудовать существующие, на что планируется израсходовать примерно 1 трлн руб.

Не секрет, что основная проблема химиотерапии злокачественных новообразований — токсичность противоопухолевых препаратов. Поэтому подлинной революцией в химиотерапии можно считать создание цитостатических средств в сверхмалых дозах, избирательно действующих на опухоль и не повреждающих (или мало повреждающих) другие органы и ткани.

Так, например, фармакокинетические исследования СМД липосомальной формы (нанобины, *nanobin encapsulation*) триоксида мышьяка показали, что его применение в 95% случаях приводит к ремиссии острого промиелоцитарного лейкоза (одного из разновидностей рака крови). Наночастицы As₂O₃ с индуцированной противоопухолевой эффективностью помогают значительно увеличить концентрацию препарата в месте локализации опухоли по сравнению со здоровыми тканями благодаря эффекту таргетинга (опухоли собирают нанобины, накапливая их). Инкапсуляция нанобина улучшает фармакокинетику и противоопухолевую эффективность триоксида на мышинной модели рака молочной железы и лимфомы. Ученые полагают, что сверхнизкая концентрация яда может помочь справиться и с другими видами новообразований^[6].

Сочетание СМД химических субстанций и таких цитостатиков, как например, ингибитор тропомиозин-рецепторной киназы (Trk-ген) Ларотректиниб в терапевтической дозе 100 мг, поможет осуществить ведение с учетом синергии неоперабельных крупных (солидных) опухолей в направлении или их полного разрушения, или уменьшения объема с последующей хирургической малообъемной экстракцией или резекцией.

Расширение ареала исследований об эффективности СМД с положительными результатами при разработке противораковых препаратов подвигло Конгресс США принять закон, предоставляющий пациентам с диагностированными смертельными онкологическими заболеваниями «право попробовать» (Right to Try) принимать экспериментальные медикаменты, продемонстрировавшие свою эффективность при предварительном тестировании, но не одобренных регуляторными органами и пока не разрешенных

к продаже. Подписывая в мае 2018 г. закон, президент Дональд Трамп назвал данную меру «фундаментальной свободой» людей, находящихся в условиях, угрожающих их жизни. *«Американцы, страдающие от смертельных заболеваний, не должны уезжать из США в другие страны в поисках экспериментальных медикаментов»*. При этом пациенты смогут воспользоваться подобными лекарствами лишь в случаях, когда исчерпаны иные возможности лечения с применением медикаментов, одобренных регуляторными органами.

Одновременно Трамп объявил о начале кампании, направленной на снижение цен на медикаменты в стране, неправомерно «задираемые» Большой финансовой фармой. Выступая в Розовом саду Белого дома по этому случаю, он заявил: *«В моей администрации мы ставим интересы пациентов на первое место. Я дал указание министру здравоохранения Азару начать проводить реформы, которые приведут к тому, что взлетевшие заоблачные цены на лекарства вернутся на землю. Наш план также положит конец нечестным сделкам, позволяющим посредникам пользоваться льготами и скидками. Лекарства должны быть доступны потребителям и пациентам»*^[7].

Наконец-то руководитель страны — родоначальницы Большой финфармы, обратил внимание на ее политику сверхдоходов, неприемлемую для цивилизованного общества.

Известно, что курсовое лечение цитостатиками обходится в сотни тысяч и миллионы долларов, обременительных даже для страховых программ, что ввиду прогнозируемого роста числа раковых заболеваний становится фактором дополнительного риска для онкологических больных. Возможно, применение СМД соответствующих препаратов поможет облегчить участь таких больных и их близких, в т.ч. и в материальном аспекте.

И последнее. С темой СМД тесно связана тема так называемой «памяти воды».

Существует множество моделей, трактующих или объясняющих реакцию биологических объектов на СМД химических веществ изменением структуры воды. Сегодня продолжается активное изучение этого феномена и его роли в интерпретации эффектов СМД. Определенные надежды связаны с исследованием веществ, близких по структуре и одинаково активных

в «нормальных» терапевтических дозах, но ведущих себя по-разному в СМД. Квантовохимический анализ этих веществ позволяет обнаружить различие между ними, но имеет ли оно определяющее значение в эффектах СМД, можно ли его связать с особенностями влияния этих веществ на структуру воды и далее на течение патологического процесса — пока окончательно не ясно.

Современные инструментальные методы — рефрактометрия, высокоэффективная жидкостная хроматография, протонный магнитный резонанс, контрастно-фазовая микроскопия, другие методы анализа и исследований, помогут найти корректное объяснение интересующих нас феноменов с научных позиций.

С учетом результатов многочисленных исследований малых количеств лекарственных веществ, в которых регистрируемые эффекты объективно превосходят общепринятые представления о механизме их действия, риску назвать фармакотерапию с их применением **сверхфармацией сверхмалых доз**: возможно, это и будет гомеопатия с позиций фармацевтической науки XXI в.

Для рассмотрения и оценки существующих сегодня подходов к эффективности или неэффективности гомеопатии, иных известных и еще не открытых особенностей и направлений фармакотерапии, в рамках газетной публикации не хватит ни времени, ни места. Хотелось бы остановиться на главном: нарастающем стремлении перейти от беспощадных, нокаутирующих схваток к продуктивной конкретной научно-практической деятельности на основе взаимного уважения в интересах общественного здоровья и здравоохранения, заключающихся в продлении активной и биологической жизни человека, оптимизации комфортности его труда, отдыха и быта посредством мобилизации усилий науки, общества и государства на всех уровнях.

[1] <http://www.rushomeopat.ru/patients/books/roman-o-gomeopatii/>

[2] Успехи экспериментальной биологии, 1924 г., Т. 3, № 3-4.

[3] <http://www.library.biophys.msu.ru/PDF/3361.pdf>

[4] <https://www.kommersant.ru/doc/3540087>; <https://mibsnews.ru/akademik-ran-andrej-dmitrievich-kaprin-dlya-borby-s-rakom-nuzhno-privlekat-vseh-ot-matematikov-do-genetikov/>

[5] <https://www.asi.org.ru/news/2018/08/28/innovatsii-i-onkologiya-dlya-snizheniya-smernosti-ot-raka-pridetsya-postaratsya/>

[6] <https://ria.ru/science/20180531/1521749406.html>

[7] <http://tass.ru/obschestvo/5194222>



ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФАРКТА ПЕЙТЕ ВОДУ!

Сегодня проблемы сердца и сердечно-сосудистой системы касаются практически каждого из нас. В России эти болезни находятся на первом месте (54%). И почти каждый четвертый заболевший (23%) имеет высокий риск тяжелых осложнений, таких как инфаркты, инсульты, аневризмы. По данным ВОЗ, в России за последние 20 лет число смертей от ССЗ возросло на 31%. Наша страна опередила даже Китай и Индию (рост до 23%).

Основное в этой проблеме — недостаточная информированность населения о методах профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

О своем сердце и сосудах нужно заботиться постоянно, в течение всей жизни, а не только после инфарктов. Но и при застарелых проблемах, и при хронических формах болезней не следует отчаиваться, необходимо более внимательно относиться к себе, вооружившись определенной информацией для борьбы с недугом.

ГЛАВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ СЕРДЦА

ПЕРВОЕ — ОБЕЗВОЖИВАНИЕ

При недостатке воды для обеспечения нормальной работы всех органов она забирается из общей системы циркуляции крови и лимфы. Естественно, что при снижении объема крови, организм для поддержания нужного давления в системе и бесперебойной работы всех органов вынужден сужать сосуды и капилляры.

Повышается артериальное давление, что при хроническом дефиците воды может превратиться в патологию — **артериальную гипертензию**, более известную как гипертоническая болезнь.

Кроме того, хроническое обезвоживание провоцирует образование на стенках сосудов бляшек. А это уже прямая дорога в сторону

атеросклероза и сердечно-сосудистых патологий в виде **инфарктов** и **инсультов** в недалеком будущем.

Именно поэтому каждый здоровый взрослый человек должен ежедневно употреблять достаточное количество питьевой воды. Современный человек вытеснил из употребления простую воду, заменив ее напитками, будь то чай, кофе или кола, но зачастую они из-за мочегонного эффекта еще больше обезвоживают организм и забирают энергию.

ВТОРОЕ — СТРЕССЫ

При стрессе нарушается поступление в мозг важных соединений — аминокислот, из которых затем производятся основные медиаторы, управляющие самыми различными процессами в нашем организме и состоянием при стрессе в частности. Они отвечают за наше настроение, работоспособность, нормальный сон.

Обезвоживание усугубляет эти негативные процессы, ухудшаются функции мозга — «регулирующего» всех событий в организме и, в частности, работы сердечно-сосудистой системы. **Стресс и обезвоживание организм воспринимает одинаково и одинаково на них реагирует.**

Последствия могут быть самыми печальными — хуже проходят нервные импульсы, сужаются сосуды, что ведет к увеличению давления и перебоям в сердечном ритме.

Лучший способ избежать обезвоживания и помочь организму при стрессе — **сочетание приема пресных вод с минеральными**. Минеральная вода при всей своей простоте является очень серьезным и мощным фактором не только профилактики но и важнейшим компонентом комплексной терапии ССЗ. Минеральные воды, важные в этом отношении, должны содержать большое количество магния, кальция, кремния, йода, а также селена в требуемом для организма количестве.

Сочетая прием минеральных вод **Stelmas Mg, Sulinka, Sulinka кремниевая, Stelmas Zn Se**, можно получить все эти важнейшие элементы и избежать многочисленных заболеваний не только сердечно-сосудистой системы, но и других систем и органов.

Рекомендуется пропивать минеральные воды курсом.

В качестве вод малой минерализации лучше всего использовать активные воды, такие как **Svetla, BioVita**. Быстро попадая в кровь, они активируют и уменьшают ее вязкость, улучшая кровоснабжение тканей, в частности, мозга питательными веществами и кислородом.

Также нужно отметить воду **Stelmas Zn Se**. Она содержит селен, хронический недостаток которого у жителей России провоцирует развитие ишемической болезни сердца, гипертонии и атеросклероза.

ТРЕТЬЕ — НАРУШЕНИЯ РАБОТЫ ПЕЧЕНИ

Состояние сосудов и, соответственно, нормальная работа сердца зависит от здоровья печени. Еще Авиценна сказал: «Знай, что, если ты ошибаешься при лечении печени, твоя ошибка перейдет на сосуды и затем на все твоё тело».

Поэтому профилактика некоторых сердечно-сосудистых заболеваний (атеросклероз, ишемическая болезнь сердца и пр.) должна заключаться в заботе о печени. И здесь окажут нам неоценимую помощь минеральные воды **Stelmas Mg** и **Svetla минеральная**, которые содержат большое количество сульфатов, способствующих активации работы и очищению печени.

ЧЕТВЕРТОЕ — НАРУШЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО БАЛАНСА

Сосуды, по которым к сердцу доставляются питательные вещества и кислород, подчиняются головному мозгу и управляются его сигналами. Это управление жестко связано с указаниями иммунной системы и определяется наличием в крови в строгих пропорциях гормонов. А потому нарушение гормонального баланса отражается самым пагубным образом на функциях сердечно-сосудистой системы.

Помогут гидрокарбонатные воды, которые при курсовом приеме значительно ускоряют и увеличивают выработку гормонов. Возникает мощнейшая перестройка эндокринного ансамбля и можно немедикаментозным способом, без каких-либо уколов и таблеток воздействовать на первооснову не только ССЗ, но и многих других заболеваний.

Рекордсменами по содержанию гидрокарбонатов являются воды **Stelmas Mg, Sulinka, Sulinka кремниевая**, способствующие нормализации работы тонкого кишечника, где производится 80% всех пищеварительных гормонов, ускоряющих их выработку во всем организме.

ПЯТОЕ — ВЫСОКАЯ МАССА ТЕЛА

При увеличении массы тела возрастает и риск сердечно-сосудистых заболеваний. Если индекс массы тела человека (отношение массы тела в кг к росту в метрах в квадрате) больше 25, он находится в группе риска и должен обратить пристальное внимание на питание. Оно должно быть дробным. А каждая порция — не более 400 граммов.

Важен и прием минеральных вод, таких как **Stelmas Mg+, Sulinka, Sulinka кремниевая, Mivela Mg**. Эти воды содержат много магния, который свяжет жиры пищи в кишечнике, и они не усвоятся организмом. Кроме этого, они увеличивают выработку в кишечнике гормонов,

ускоряющих выработку инсулина: он поступает вовремя — и белки, и углеводы перерабатываются в энергию, а не в жир.

Stelmas Mg, Svetla минеральная благодаря наличию сульфатов помогут очищению

организма. Чередую прием этих вод, можно постепенно убрать лишний вес (при курсовом приеме — до 8 кг) и вернуть хорошую форму.



ВОДЫЗДОРОВЬЯ.РФ



«СУДЕБНЫЙ ПРОЦЕСС — НЕИЗБЕЖНЫЙ РИСК В РАБОТЕ ВРАЧА»

Примером противостояния врачей и пациентов стало дело гематолога Елены Мисюриной. Во врачебном сообществе вновь заговорили о пациентском экстремизме и необходимости совершенствования механизмов защиты от пациентов. Между тем, по данным Следственного комитета России, в 2017 г. было заведено более 1,7 тыс. уголовных дел против медиков, а компенсация морального вреда пациентам в 2016 г. составила 18 млн руб.

Возросло и количество проводимых судебно-медицинских экспертиз (СМЭ) по медицинским делам. По данным некоторых регионов, в более чем 50% СМЭ, проведенных по уголовным и гражданским делам, установлены дефекты оказания медицинской помощи.

Игнорирование медицинским бизнесом защиты прав пациентов как элемента собственной защиты и неумение медперсонала разрешать конфликты в досудебном порядке ведут к репутационным, коммерческим и управленческим рискам. В этом не сомневается **Алексей Горяинов**, практикующий адвокат, советник специализированной юридической компании «Росмедконсалтинг», национальный представитель Европейской ассоциации медицинского права.

Алексей Михайлович, надо начинать, видимо, с вузов, чтобы научить врачей разрешать конфликты?



Наших врачей работать с пациентами при возникновении конфликтов никто нигде систематически не учит. Государственная система образования этого в принципе не предусматривает. В некоторых вузах преподаются основы медицинского права. Например,

в Санкт-Петербургском государственном университете есть кафедра организации здравоохранения и медицинского права, которую возглавляет **Игорь Михайлович Акулин**. Есть магистратура по медицинскому праву. Там предмет преподается на очень высоком уровне. Но это частный случай, а нужно делать это системно, и не только с позиции теории, но и развивая практические навыки врачей. А этому практически вообще нигде не учат.

Врач, получая претензию от пациента, не знает, что с ней делать, но совершенно точно уверен, что нельзя отвечать пациенту правдиво. А это заведомо неграмотный подход, от которого отказались в большинстве развитых стран.

И самое главное, этот подход противоречит как интересам пациентов, так и интересам самого врача. Неграмотное рассмотрение претензии и сокрытие реальных обстоятельств оказания медицинской помощи может существенным образом сказаться на дальнейшей судьбе пациента (ведь в ряде случаев претензии обоснованы), а также может серьезно осложнить задачу защиты врача и клиники в случае, например, последующего гражданского спора с пациентом. Ведь отказ в добровольном удовлетворении требования пациента неминуемо ведет к возможности увеличения пациентом цены иска на 50%. При нынешних исках в миллионы рублей это может больно ударить по медицинской организации.

Отказ в удовлетворении законных требований пациента в ряде случаев вынуждает его обращаться с жалобами сначала в контрольно-надзорные органы, а в случае поверхностного отношения к жалобе и там — в правоохранные органы. Последние в настоящее время активно расширяют взаимодействие с контрольно-надзорными органами, что создает дополнительные риски для врачей. В итоге, пройдя круг по всем медицинским инстанциям и получив всюду от медиков от ворот поворот, пациенты оказываются загнанными в угол и обращаются с заявлениями в правоохранные органы, которые далее вынуждены по закону проводить процессуальную проверку. В большинстве случаев претензии рассматриваются формально и отвечают заявителям типовыми фразами. В 90% случаев ответы содержат формулировку *«оказана медицинская помощь надлежащего качества, выявлены дефекты ведения первичной медицинской документации»*. И не потому, что именно так обстоит дело, а потому что это распространенная практика формального отношения к рассмотрению претензий. За этим кроется не только недостаток образования в этой части, но и очень поверхностный контроль качества оказываемой медицинской помощи, что представляет большую опасность для здравоохранения в целом, и для врача и медицинской организации в частности.

По моему глубокому убеждению, конфликт между врачами и пациентами обусловлен непростой ситуацией неопределенности, с которой столкнулось наше здравоохранение

в последнее время. Кроме того, этот конфликт постоянно искусственно культивируется. И это катастрофическая ситуация для нашего общества.

Но зачем это делается?

А зачем, например, **Леонид Михайлович Рошаль** говорит, что во всем виноваты адвокаты? Когда он пришел на процесс по делу врача-гематолога Елены Мисюриной, встав на ее защиту уже после вынесения обвинительного приговора на пике возмущения всего медицинского сообщества, он заявил, что «в травле врачей заинтересован адвокатский бизнес». Это нонсенс и совершенно непозволительное утверждение, которое было сделано публично. Именно мы, а не представители Национальной медицинской палаты или иных общественно-политических организаций, ходим почти каждый день в суды и следственные органы защищать врачей, процессы которых длятся по году, а иногда и по несколько лет. При этом никакой поддержки от этих общественных структур, я, например, как практикующий адвокат не ощущаю для конкретных врачей, столкнувшихся с судебным процессом или правоохранными органами.

В конце 2018 г. мы защищали в уголовном процессе врача-эндоскописта. Врачу вменяли ч. 2 ст. 109 Уголовного кодекса РФ — причинение смерти по неосторожности в результате ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей. Мы успешно прекратили это уголовное дело в ходе судебного следствия. Защитили врача. Но как нам помог Минздрав и медицинское сообщество? Я вам отвечу — никак. Когда мы пытались обращаться в Минздрав России, который взаимодействует с Национальной медицинской палатой, и просили помочь, прислав ответ на запрос, нам никто не ответил. Мы писали запросы несколько раз! Ответ пришел с огромным опозданием и нарушением всех возможных сроков только после нашего обращения в Генеральную прокуратуру с жалобой на Минздрав.

В свою очередь хочу выразить огромную благодарность главному специалисту г. Санкт-Петербурга по эндоскопии **Михаилу Игоревичу Кузьмину-Крутецкому**, который приходил на судебные заседания по делу врача-эндоскописта и выступал в качестве

специалиста, поддерживая члена своего профессионального сообщества и разъясняя суду очень сложные вопросы, касающиеся техники выполнения эндоскопического исследования, совершенно непонятные для юристов.

Пока врачам приходится полагаться только на самих себя и на своих адвокатов, к которым так категорично настроен Леонид Михайлович. Когда у врача начинаются проблемы, никто из врачебного сообщества на помощь не приходит. Как правило, от врача сразу отворачиваются, как от белой вороны. Чаще всего еще и увольняют сразу, как только об инциденте узнают СМИ. У нас только в социальных сетях масса криков, что на врачей нападают и им надо держаться рука об руку и что их готовы защищать. Но когда дело доходит до серьезного конфликта, никто не хочет этим заниматься. Я, например, лично знаю группу стоматологов на просторах одной небезызвестной социальной сети, из состава которой я со скандалом вышел. Причина моего ухода заключалась в том, что организаторы группы агрессивно реагировали на мои публикации, в которых я открыто противостоял искусственной эскалации конфликта между врачами и пациентами, а также неграмотным юридическим советам.

Данная группа достаточно популярна и объединяет несколько тысяч стоматологов. Под лозунгами защиты своих членов в группе намеренно запугивают врачей всевозможными угрозами со стороны пациентов или иных лиц, создавая нездоровое отношение к пациентам и предлагая всяческие непонятные документы и семинары за солидную плату, сопровождая это коммерческими предложениями по страхованию рисков врачей по разработанным ими

программам. Речь идет о заработке на страхе, который постоянно культивируется. И этому, на мой взгляд, должно противостоять профессиональное медицинское сообщество и такие организации, как Национальная медицинская палата.

Основная причина, создающая предпосылки для конфликта врачей и пациентов, — это невысокое качество медицинской помощи в среднем по стране (есть, конечно, и выдающиеся клиники и врачи с безупречной репутацией), а также стремление врачей скрывать дефекты медицинской помощи. Пока эти вопросы решены не будут, конфликты будут сохраняться.

Но ведь Национальная медицинская палата была организована в том числе и для защиты врачей. Среди ее основных задач — создание системы правовой и юридической защиты медработников и медорганизаций.

Я как практикующий адвокат не ощущаю никакой поддержки врачей со стороны Палаты, кроме этих жутких репортажей о том, что Л.М. Рошаль встречается с председателем Следственного комитета **А.И. Бастрыкиным** и они обсуждают новые составы уголовной ответственности в отношении врачей. Это недопустимо и ни в коем случае эти инициативы не должны быть реализованы. У нас и так достаточно инструментов в законодательстве для уголовного преследования виновных лиц. Врачи ничем не отличаются от представителей других профессий. Каждый раз я с большой тревогой читаю о результатах этих встреч, т.к. боюсь возможного достижения сторонами компромисса.

Ситуация сейчас в обществе в этом вопросе нездоровая. Стороны почти не слышат друг друга. Медики обвиняют во всех грехах пациентов. Обсуждают введение всевозможных защитных механизмов — преград от пациентов. Мое глубокое убеждение — не надо строить никаких преград между врачами и пациентами. Врачам нужно оказывать пациентам качественную медицинскую помощь. А пациентам надо доверять врачам и выполнять их рекомендации. Уважать врачей. Но когда медиков постоянно запугивают пациентами, а врачи пациентам не предоставляют честную и открытую информацию по их обращениям, круг замыкается и конфликт выплескивается в общественное поле и страдают все.



Усугубляется ситуация незнанием медицинскими работниками правил претензионной работы и основ урегулирования конфликтов с пациентами.

По Вашему мнению, существует пациентский экстремизм? И в чем он выражается?

В 2011 г. в рамках Петербургского международного юридического форума проводилась большая панельная дискуссия по вопросам медицинского права. Тогда **И.М. Акулин**, президент Ассоциации медицинского права Санкт-Петербурга, предложил термин «пациентский экстремизм». С тех пор это понятие стало очень популярным. Что скрывается за ним? То, что люди пытаются зарабатывать, предъявляя претензии врачам. Такие случаи действительно происходят.

Недавно я занимался случаем, в котором гражданка сначала полечилась в клинике, а потом предъявила претензию на возврат оплаченной стоимости услуг. Как выяснилось, она поступает так почти со всеми организациями, где оплачивает услуги. Ждет, что под угрозой судебного спора ей просто отдадут деньги. И она получит услугу бесплатно. На настоящий момент у нее около 15 исков к разным организациям. И таких примеров немало. Есть две основные формы так называемого пациентского экстремизма, хотя я этот термин не люблю: первая форма — это необоснованное предъявление претензии к врачам, когда имеется корыстная цель.

Вторая — когда претензии предъявляют пациенты с определенными отклонениями в психическом здоровье, склонные к постоянному сутяжничеству. Сейчас это понятие подхватили все и используют его сплошь и рядом, на мой взгляд, в большинстве случаев необоснованно. Как практикующий адвокат могу сказать, что очень часто пациентами-экстремистами называют людей, которые действительно оказались в ужасной ситуации.

Например, случай **Екатерины К.**, молодой женщины, которая после вывиха ключицы обратилась в ведущее федеральное медицинское учреждение Санкт-Петербурга, занимающееся вопросами травматологии. Во время оперативного вмешательства ей проткнули легочную артерию, один из центральных сосудов, отходящих от сердца. К ночи ей стало плохо, никто из

медперсонала к ней долго не подходил, но она все-таки смогла вызвать медсестру.

Дежурный врач собрал консилиум, предположили тампонаду сердца. У пациентки в операционной остановилось сердце, пришлось реаниматологам делать открытый массаж сердца путем вскрытия грудной клетки. Лечащий врач обвинил в сложившейся ситуации саму пациентку, якобы она нарушила режим. То есть молодая женщина, которая пришла на плановую операцию по полису ДМС, пережила клиническую смерть, на ее теле остался обезображивающий шрам, при этом вывих еще более усугубился, а ее выписали из больницы без адекватных лечебных рекомендаций, да еще заявили, что ее претензии не обоснованны. С ней все в порядке, заявили врачи. Она обратилась ко мне, мы сделали все, чтобы решить спор в досудебном порядке, но нам ответили, что жалобы не обоснованны. И так ответили все, включая контрольно-надзорные органы и Минздрав. Пришлось обращаться в следственные органы и серьезно заниматься защитой прав Екатерины. Мы добились истины. Был взыскан очень большой размер материальной компенсации за причиненный тяжкий вред здоровью, в отношении врача было возбуждено уголовное дело. Но медики это могли предотвратить, просто отнестись к пациентке по-человечески.

Самое интересное, что врача — фигуранта этого дела — уволили только после того, как мы выиграли гражданский суд, примерно через год с лишним после происшествия, но врач не лишен права заниматься профессиональной деятельностью, хотя в его отношении возбуждено еще одно уголовное дело за причинение смерти по неосторожности другой пациентке. Тем не



менее он продолжает работать в других медорганизациях. Никто не удосужился проверить его на соответствие требованиям, которые предъявляются к врачам травматологам-ортопедам. Да и механизмов таких сейчас нет, хотя почти сто лет назад, в 1924 г., существовал декрет, который позволял лишать медиков права заниматься профессиональной деятельностью в случае подозрений в том, что они не справляются со своим трудом надлежащим образом.

Этот пример того, в какой ситуации может оказаться обычный пациент, которому искалечили тело, а потом сказали, что с ним все в порядке. Кстати, в отношении моей подзащитной была проведена массивная психологическая атака со стороны медперсонала, она поверила в то, что сама виновата, якобы раньше времени встала в туалет. Таких людей, как Екатерина, которые не могут понять, что с ними произошло, я видел немало. Они не знают, что делать, т.к. медики не рассказывают им правды.

В такой ситуации они или ломаются, навсегда оставаясь жертвами, не получившими компенсации за причиненный им вред, или используют более болезненные для медиков средства установления истины, основанные на уголовно- и гражданско-процессуальных кодексах.

Некоторые думают, что, обратившись в Минздрав или Росздравнадзор, им помогут. Кстати, надо отметить, Росздравнадзор стал работать значительно лучше, тщательнее проводить проверки, привлекая аккредитованных узких специалистов.

Какая у Вас основная претензия к Минздраву?

Исторически я с большим уважением отношусь к Минздраву. Но я не могу понять, почему ведомство занимает совершенно неактивную позицию в отношении защиты как врачей, так и прав застрахованных по ОМС пациентов. Ведомство должно играть существенную роль в защите прав граждан на медицинскую помощь. Создавать соответствующие условия. Но тенденция такова, что Минздрав неактивно способствует этому.

До сих пор в законодательстве нет понятия «врачебная ошибка». Какое определение дали бы Вы?

В обществе в целом и среди врачей в частности (на фоне громких дел и якобы преследований

образца 1937 г.) бытует мнение, что у нас нет понятия дефекта оказания медпомощи, что невозможно привлечь врачей к ответственности, докопаться до истины, что есть проблемы с методикой расследования таких случаев. Это не так. Есть легальное понятие дефекта медицинской помощи. А также есть достаточный инструментарий с точки зрения закона, с помощью которого совершенно спокойно можно в рамках установленных законом процедур установить, была ли оказана медицинская помощь надлежащего качества или нет, в чем заключаются дефекты и какова их связь с наступившими последствиями. Но проблема в том, что эти механизмы на внутриведомственном уровне у медиков часто не работают.

Медики скрывают дефекты, и у пациентов не остается иного выхода, как использовать возможности судебной защиты и защиты со стороны правоохранительных органов. Хотя надлежащая активность самой медицинской организации, ведомственного и государственного контроля могла бы предотвратить переход конфликта в плоскость уголовного преследования врачей. Хочется им сказать, с самого начала будьте человечны и не будет никаких уголовных дел и судебных споров.

Есть мировая практика, когда все вопросы между врачами и пациентами решаются в досудебном или судебном порядке. Почему в России такая практика воспринимается болезненно?

Проблема недовольства пациентов врачами или проблема ответственности врачей перед пациентами не нова. Она существует со времен античности и решалась по-разному. В те времена ответственность врачей была огромной, они и части тела могли лишиться в случае ошибки. В современном мире во многих зарубежных юрисдикциях уже давно научились решать проблемы между врачами и пациентами мирным путем, который устраивает все стороны. Но пока не в России. И, самое ужасное, я думаю, что никто и не хочет учиться сейчас, мало кого это заботит по-настоящему. Обсуждение жарких новостей и политический пиар это одно, а решение проблемы — другое.

Не хочу быть категоричным, но у нас недостаточно развито чувство профессиональной ответственности в нынешнем состоянии общества: от сантехников до врачей. Врачи на самом деле

практически ничем не рискуют, хотя и кричат на каждом углу, что на них нападают и обижают, что они боятся выходить на работу. А чего им бояться? Что они теряют? Если что, за них заплатит медорганизация, с них могут взыскать максимум один среднемесячный заработок. Врач рискует только с точки зрения возможной уголовной ответственности, а с теми короткими сроками давности, которые есть по делам небольшой тяжести (это два года, одно только предварительное расследование занимает год, экспертиза — полгода), в итоге порой недобросовестные врачи уходят от ответственности. И вот эта низкая профессиональная ответственность сильно сказывается. К тому же у нас страдает контроль качества медпомощи. Можно готовить кучу бумажек, но к настоящему контролю качества это отношения не имеет.

В клинике Майо, к примеру, специально проводят мониторинг дефектов и событий, чтобы сделать выводы и в следующий раз предотвратить подобные ошибки. А у нас что делают с врачебными ошибками (хотя не люблю этот термин, он нелегальный)? У нас они всеми скрываются. Зачем? Этим сокрытием врачи и руководители медорганизаций только вредят. А если бы об ошибках информировались коллеги и пациенты, было бы лучше всем. Но нет!

Некая сакрализация врачебной деятельности, мне кажется, мешает нормальному общению врача и пациента.

По поводу сакральности. Врачи, пока не окажутся на скамье подсудимых или не станут участниками гражданского процесса, считают, что законы они знают лучше юристов. И нас периодически пытаются чему-то учить. До тех пор, пока земля под ногами не начнет гореть. Вот тогда они превращаются в самых лучших слушателей. И делают, что им говорят. Врачи, по моим наблюдениям, почему-то в штыки воспринимают любую критику, притом что критика зачастую бывает конструктивной. Они не ведут статистику ятрогенных событий, не анализируют дефекты, формально относятся к претензиям пациентов, которые часто обоснованны, и сами себе создают еще большие проблемы.

Надоело уже слушать о том, что врачам мало платят, что они завалены бумагами и им не дают работать. Возьмите следователей — они работают по 24 часа в сутки семь дней в неделю. От них с допросов уходишь около полуночи. Объем документов намного больший, чем у врачей.

Уголовные дела порой составляют десятки тысяч страниц. Зарплаты, полагаю, не больше, чем у врачей. Но они не жалуются. А кто не справляется или у кого душа не лежит, уходят из профессии. Эта сакрализация мешает и в общении врачей с пациентами.

Вы выступаете за саморегулирование в медицинской сфере?

Да, безусловно. Надеюсь, настанет время, когда наши врачи получают больше полномочий для саморегулирования, в т.ч. и право проводить контроль за соответствием своих членов тем требованиям, которые к ним предъявляются. Например, во Франции врачи больше всего боятся нарушить правила Ордена врачей, потому что они долго учатся, оберегают право заниматься профессиональной деятельностью. Нарушил, потерял лицензию и больше никогда не будешь работать врачом. И никакой уголовной ответственности не нужно, коллеги сами вынесут свое решение.

Потихоньку процесс саморегулирования идет и в нашей стране. В нашем городе есть СРО «Ассоциация частных клиник Санкт-Петербурга», которая объединяет большое количество частных медицинских центров. СРО является одним из первых в России, кто разработал большой пакет документов и стандартов для проверки своих членов на соответствие требованиям. Но это одна организация. По всей стране таких примеров можно перечислить по пальцам одной руки. Данная СРО объединяет медорганизации, а вот таких врачебных у нас практически нет, которые объединяли бы специалистов на добровольной, а не на административной основе.

У врачей должен быть интерес стать членами таких саморегулируемых организаций, они должны чувствовать, что их проблемами занимаются, что их поддержат и защитят в случае необходимости. СРО должны достичь такого уровня, чтобы врачи испытывали профессиональную гордость, являясь членами собственной профессиональной организации. Мне кажется, что врачи должны идти таким же путем.

Какие врачебные специальности наиболее подвержены риску судебных преследований?

В зоне особого риска анестезиологи-реаниматологи, акушеры-гинекологи, стоматологи, хирурги. Это мировая статистика и у нас то

же самое. По данным за 2015–2016 гг., в Санкт-Петербурге из общего объема судебно-медицинских экспертиз по гражданским и уголовным делам более чем в 50% случаев устанавливались дефекты оказания медпомощи. Медработники, получая претензию от пациента, должны десять раз подумать, прежде чем отказать пациенту. Лучше провести поверку, врачебную комиссию, разобрать по полочкам всю историю и, если они поймут, что есть дефекты, признаться в этом пациенту, извиниться, предложить поддержку. А вот если пациент ее не примет, то можно и в суд идти, по крайней мере, совесть у врачей будет чиста, они предприняли все возможное, чтобы решить проблему в досудебном порядке.

Мировая тенденция такова, что если пациенту декларируют дефекты и перед ним извиняются,

то зачастую пациент или его родственник в суд не пойдет. Люди, потерявшие близких, говорят мне на консультациях, что если бы им рассказали, что произошло, и выразили бы сочувствие, они бы не приняли решения обращаться в суд или правоохранительные органы.

Мысль, которую я всегда довожу до врачей, такова: «Не бойтесь, рано или поздно вы можете столкнуться с судебным процессом, это неизбежный риск профессиональной деятельности, особенно в области зон высокого риска. Вы просто должны знать, как действовать в подобных ситуациях. И не паниковать». Хотя для медиков часто это становится большим моральным испытанием.

Анна ШАРАФАНОВИЧ



БУРСИТ — ЭТО ВСЕ О НЕМ...

Бурсит — воспалительное заболевание синовиальной сумки одного из суставов.

ЧТО ПРОИСХОДИТ?

Название синовиальной сумки происходит от латинского слова *bursa* (бурса). На русский язык переводится именно как «сумка». Она состоит из уплощенной полости, которая заполнена синовиальной жидкостью. По существу эта жидкость представляет собой суставную смазку, выполняющую функцию амортизатора для предотвращения трения суставных поверхностей и смягчения механического воздействия на суставные элементы. Таким образом, синовиальная жидкость защищает суставные структуры от изнашивания. Сама bursa располагается между костями, мышцами и сухожилиями. Всего в организме человека находится около 160 таких синовиальных сумок. И, если у человека не развивается бурсита, он даже не задумывается о существовании у него каких-то там «сумок». Но, к сожалению, возникновение бурсита вовсе не редкость. Чаще всего он возникает в плечевых, локтевых и коленных суставах, реже — в бедренных суставах.

КАКОВЫ ПРОЯВЛЕНИЯ БУРСИТА?

В месте развития бурсита в синовиальной сумке скапливается синовиальная жидкость, которая может быть наполнена кровью.

Постепенно bursa начинает чрезмерно увеличиваться в размерах, а жидкость приобретает желтовато-красноватый оттенок.

Если bursa находится ближе к поверхности тела, образующийся мешок выпячивается наружу. В этом случае человек визуально наблюдает отечность, припухлость, иногда до 10 см в диаметре. Иногда такой «мешок» с жидкостью буквально свисает, например, под локтем. И не заметить его просто невозможно. В любом случае при бурсите обязательно присутствует отек, который возникает из-за накопления жидкости в межклеточном пространстве.

Часто пациенты жалуются на болевые ощущения в месте воспаления бурсы. Боль имеет ноющий, стреляющий, иногда сильный и пульсирующий характер, усиливающаяся ночью. Иногда боль отдает в руку или ногу (в зависимости от локализации патологического процесса). Покраснение воспаленного и отекавшего места — еще один симптом бурсита. А воспалительный процесс приводит к увеличению лимфатических узлов, расположенных поблизости от места развития бурсита. Возможно и местное повышение температуры в воспаленном суставе. При его пальпации определяется упругое флюктуирующее (состоящее из жидкости) плотное образование. Нередко имеет место повышение температуры тела. Даже до 38–40°C. Естественно, все это сопровождается общим недомоганием

и чувством слабости, появляются симптомы общей интоксикации.

В ЧЕМ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Чаще всего это — травмы, в т.ч. и те, что не привели к переломам. Спровоцировать бурсит могут и ушибы, сопровождающиеся синяками, и растяжения. Инфицирование организма при ссадине, ране, через которую попадает инфекция. Ношение натирающей обуви тоже может привести к развитию бурсита. Для многих, особенно неподготовленных людей, чрезмерные нагрузки на опорно-двигательный аппарат при занятиях спортом, тяжелой физической работе, поднятии тяжестей, ношении высоких каблуков, плоскостопие — также почва для этого заболевания.

Стать причиной бурсита может даже повышенная масса тела, т.к. она увеличивает нагрузку на суставы нижней части организма, особенно колени. Еще в роли провокаторов могут выступить такие заболевания, как ангина, фарингит, ларингит, трахеит, бронхит, отит, синусит, грипп, ОРВИ. Конечно, спровоцировать бурсит способны воспалительные заболевания суставов, фурункулез, рожистое воспаление, остеомиелит.

Нарушение обменных процессов в организме, повышенное количество соли в области суставов, подагра — тоже факторы риска для возникновения бурсита.

С возрастом риск развития бурсита самой разной локализации повышается. Просто потому, что по мере старения организма в стенке синовиальной сумки откладываются соли. Бурса уплотняется и делается менее эластичной. Кроме того, чем старше становится человек, тем слабее становится его иммунная система, снижаются защитные силы организма. Это тоже сказывается на частоте заболеваемости. А наличие совокупности предрасполагающих факторов увеличивает вероятность развития осложнений.

БУРСИТ БУРСИТУ РОЗНЬ

Как и многие заболевания, бурсит может быть острым и хроническим. Наиболее активно проявляет себя так называемый **острый бурсит**, развивающийся, как правило, стремительно.

Буквально за 1–2 дня. При этом присутствуют практически все симптомы данного патологического процесса.

Хронический бурсит характеризуется невыраженной симптоматикой, небольшими болями, отсутствием двигательной скованности воспаленного сустава, но в то же время периодическими обострениями. При хроническом бурсите припухлость также продолжает увеличиваться. Она может быть как упругой и напряженной, так и дряблой, мягкой. Иногда при пальпации определяются уплотнения хрящевой плотности и рубцовые тяжи. Однако при хроническом бурсите ни красноты, ни повышения температуры не наблюдается. Хронический бурсит является следствием перенесенного ранее или не долеченного острого бурсита.

Так как причины возникновения этого заболевания разные, оно подразделяется на **инфекционный (септический)** и **травматический (асептический)** бурсит. При бурсите инфекция проникает либо вследствие нарушения целостности кожных покровов, либо через лимфатические пути или кровь. Возбудителями инфекции становятся гонококки, стафилококки, стрептококки, пневмококки. А также бруцеллез, туберкулезная или кишечная палочка.

СТАВИМ ДИАГНОЗ

При первых же признаках проявления бурсита, особенно, если имеются причины его возникновения, нужно обратиться к хирургу, травматологу, ревматологу или ортопеду. Так как хирург наравне с терапевтом является врачом первичного звена, этот доктор консультирует любых пациентов во время своих приемных часов по системе ОМС в районной поликлинике. С травматологами тоже все просто. Для того чтобы попасть на прием к ним, достаточно обратиться в травматологический пункт. А вот ревматологи и ортопеды в наших поликлиниках, во-первых, в дефиците, а во-вторых, они относятся к категории врачей вторичного звена и без направления от хирурга или травматолога, а также без предварительной записи к ним не попасть. Однако огорчаться не стоит. Хирург или травматолог вполне справится с проблемой диагностики и лечения.

Первым и порой достаточным этапом диагностики является визуальный осмотр врача.

Он проводит пальпацию воспаленного участка, спрашивает о наличии тех причин, которые могли спровоцировать возникновение бурсита. Нередко врач для уточнения диагноза назначает пациенту рентгенографию (рентген) и общий анализ крови. Случается, когда хирург или травматолог дает пациенту направление на бурсографию (рентгенографию с введением контрастного вещества), артрографию (эндоскопию колена), ангиографию кровеносных сосудов (этот метод контрастного рентгенологического исследования позволяет дать характеристику состоянию кровеносных сосудов организма) и (или) УЗИ. В некоторых случаях, при необходимости уточнения диагноза врач может направить на компьютерную томографию (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ).

ЛЕЧИМ!

Тактика лечения бурсита зависит от вида воспаления. Однако в любом случае это будет **комплексная терапия**. В нее входит:

■ **Обеспечение больной конечности функционального покоя.** Так сустав, в области которого возникло воспаление сумки, должен быть фиксирован в стабильном положении для исключения движений и нагрузок на измененные ткани. Для этого применяются давящая повязка из эластического бинта, жесткий или мягко-эластический ортез (налокотник, наколенник), косыночная повязка, гипсовая или лонгета из скотчкаста (специального ортопедического материала).

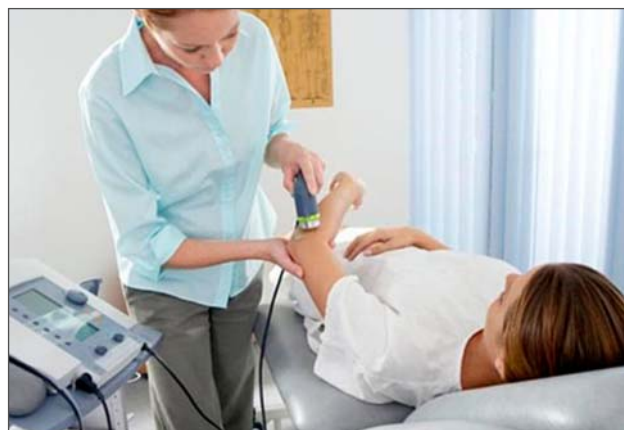
■ **Медикаментозная терапия.** Базовые средства, которыми лечат бурсит, — нестероидные противовоспалительные препараты. Их обязательно назначают всем больным, но с учетом имеющейся сопутствующей патологии (с осторожностью применяют у лиц с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки). Для купирования болевого синдрома применяют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и анальгетики — «Индометацин», «Напроксен», «Хлотазол». Если боль при бурсите не проходит, несмотря на применение препаратов из группы НПВП, назначается прием гормональных препаратов — глюкокортикоидов, из которых можно выделить «Преднизолон», «Гидрокортизон».

Для снятия мышечных спазмов, которые могут происходить при сильных болях в суставах, применяют миорелаксанты («Баклофен», «Сирдалуд», «Мидокалм»). Для снятия температуры тела можно применить «Ибупрофен», «Нурофен», «Парацетамол», а для вывода отложенных в bursaх солей применяют противовоспалительные препараты. Например, «Аллопуринол», «Алломарон», «Милурит». Наиболее широко используются инъекционные и таблетированные формы, содержащие диклофенак, мелоксикам, нимесулид, ибупрофен, парацетамол.

Антибиотики назначают при наличии признаков гнойного бурсита или отсутствии положительного эффекта проводимого противовоспалительного лечения. В этом случае используют, например, такие препараты, как амоксил, аугментин, левофлоксацин, цефуроксим, цефтриаксон. Вспомогательными средствами для противовоспалительной терапии бурсита являются глюкокортикоиды (гидрокортизон, метилпреднизолон, дексаметазон) коротким курсом (2–3 раза). И только при выраженных острых бурситах — для оказания мощного противовоспалительного эффекта. Дополнить противовоспалительную терапию можно препаратами для местного применения. Это мази или гели: нимид, ремисид, долобене, диклак, индовазин, фастум и др.

Для уменьшения отека и воспаления около-суставной сумки можно прикладывать к ней теплые компрессы на основе спирта (в разведении 1:1 с фурацилином, физиологическим раствором или новокаином). Эффективны также компрессы с димексидом, который необходимо разводить 1:3.

■ **Физиотерапия.** Сюда входит целый набор процедур: электрофорез лекарственных



препаратов, УВЧ, магнитотерапия, фонофорез, аппликации парафина. Может назначаться и облучение ультрафиолетом, УВТ (лечение акустическими волнами) и парафиново-озокеритовые аппликации. Но проводить такие процедуры можно только после уменьшения воспалительных проявлений и отсутствия нагноительного процесса. Назначают больным бурситом и лечебную физкультуру (ЛФК). Занятия направлены на разработку сустава, на его более быстрое заживление и реабилитацию. Но упражнения нужно делать только под руководством врача или инструктора ЛФК.

■ **Оперативное лечение.** Его назначают в двух случаях.

Первый — это нагноение околосуставной сумки или окружающих тканей. В этой ситуации хирург проводит разрез гнойной полости, удаляет гнойное жидкое содержимое и делает иссечение нежизнеспособных тканей. В ходе оперативного лечения врач обязательно оставляет дренаж. Он позволяет ране полноценно очиститься, а потом своевременно закрыться.

Вторым показанием для хирургического вмешательства может стать формирование хронического бурсита. Таким больным полностью удаляют проблемную сумку. Швы обычно снимают через 10 дней после операции. Оперативное лечение проводится в условиях стационара.

В любом случае пациенту с бурситом рекомендуется **обильное питье** (2–3 л жидкости в сутки). Для укрепления иммунитета врачи советуют принимать иммуномодуляторы и аптечные витаминные комплексы, витамин С (аскорбиновая кислота). Кстати, большое количество

этого витамина содержится в таких продуктах, как шиповник, калина, малина, смородина, клюква, цитрусовые и т.д.

Нужно соблюдать и диету. В частности, **надо ограничивать себя** в употреблении поваренной соли. Не рекомендуется употреблять острые, жирные и копченые продукты питания, пищу из фастфудов, маргарин, бобовые, грибы, специи, шоколад, алкогольные напитки, какао, крепкий кофе и чай. Предпочтение следует отдавать крупам, нежирным сортам мяса и рыбы, нежирной молочной продукции, овощам, фруктам, цитрусовым, орехам, семечкам, меду, мармеладу, минеральной воде, зеленому чаю.

ПРОФИЛАКТИКА — ОНА И ПРИ БУРСИТЕ ПРОФИЛАКТИКА

Люди, предрасположенные к возникновению бурсита, должны своевременно давать отдых суставам, носить специальные защитные повязки. Это касается даже тех, кто регулярно занимается спортом.

Всем и всегда надо проводить обработку возникающих ран в области суставов, не допускать их инфицирования.

Необходимо своевременное лечение любых инфекционных заболеваний, гнойничковых поражений кожи.

Обувь необходимо подбирать удобную, соответствующую размеру. А хождение на высоких каблуках нужно чередовать с обувью на комфортных танкетках 3–5 см.

Марина МАСЛЯЕВА



ЧЕГО ХОТЯТ МУЖЧИНЫ... С БОРОДОЙ?

В преддверии приближающегося 23 февраля женщины заранее начинают поиск подарков для своих защитников — представителей сильной половины человечества.

Современные мужчины хорошо осведомлены о многих новинках индустрии красоты, которые созданы специально для них. Возможно, именно такой презент им будет приятно получить.

СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ПО УХОДУ ЗА ЛИЦОМ

Крем, бальзам или лосьон после бритья сегодня можно увидеть на полочке в ванной практически у каждого мужчины.

Однако уход за мужской кожей не ограничивается только лишь этими продуктами. Производители стараются идти в ногу со временем, так чтобы современные мужчины имели возможность сохранить молодость и привлекательный внешний вид на долгие годы.

■ Все более популярными становятся **восстанавливающие антивозрастные кремы** для лица. Их основной задачей являются питание, глубокая регенерация, защита от старения, вызванная свободными радикалами, снятие раздражения кожи и напряжения мышц лица.

Положительное действие подобных кремов становится возможным благодаря активным ингредиентам — гиалуроновая кислота, витамины, флавоноиды, аминокислоты, ксилитол, бисабол, масло макадамии, виноградных косточек и карите.

■ Относительно недавно для мужчин стали разрабатывать **специальные комплексные**

маски, учитывающие особенности строения мужской кожи, — более грубой и склонной к раздражениям.

Так, у некоторых производителей встречаются двухкомпонентные **детокс-комплексы**, которые очищают кожу и оказывают активный регенерирующий эффект за счет стимуляции выработки коллагена, а заодно убирают покраснения, увлажняют и питают кожу.

Подобная продукция может быть представлена в виде двух тканевых масок, где на первом этапе на лице образуется пышная пена, создающая эффект очищения и насыщения кожи кислородом.

Цель второго этапа — с помощью тканевой маски, содержащей высокую концентрацию экстракта баклажана и риса, увлажнить кожу. А ее питание, уменьшение воспалений и регенерация происходят за счет высокого содержания аминокислот, витаминов и протеина, содержащихся в составе экстрактов ежевики, черной смородины и черной икры.

■ Практика показывает, что мужчины, как и женщины, не хотят стареть. Не случайно в лабораторных условиях постоянно разрабатываются и совершенствуются новые формулы

действенной косметики для интенсивной борьбы с процессами старения кожи.

Одним из главных компонентов **мужских линий, часто состоящих из освежающего тоника и кремов с лифтинг-эффектом** антивозрастной направленности для лица и отдельно для век, стал уже известный и эффективный экстракт улиточного муцина.

Как правило, этот ингредиент дополняют эзотические экстракты нони, мангостина, граната, орхидеи, королевского лотоса, имбиря, личи, банана, айвы, киви, папайи, гуавы, куркумы и пр. Благодаря им и гидролизованному коллагену удастся интенсивно бороться с морщинами, обеспечивая видимый лифтинг-эффект.

ДЛЯ ИДЕАЛЬНОЙ БОРОДЫ И УСОВ

Сегодня модно носить бороду и усы, но для создания подобного образа недостаточно посещать парикмахерскую или корректировать желаемую форму самостоятельно. Чтобы выглядеть ухоженно, нужны специальные косметические продукты.

Производители данных средств стараются, чтобы они не содержали **сульфатов, парабенов, силиконов и парафинов**, а включали самые лучшие натуральные ингредиенты: **эфирные масла** и **деликатные активные вещества**. В результате каждый мужчина может гордиться своей бородой и усами, не прикладывая особых усилий. А это тоже важно, потому что не всегда хватает времени и уход превращается в пытку.

- В коллекцию очищения может входить **ультрамягкий шампунь** со сбалансированным pH, который эффективно и быстро борется со всеми типами перхоти, удаляет загрязнения и излишки кожного сала, освежает и успокаивает кожу головы, устраняет зуд, глубоко увлажняет волосы. Он также стимулирует и укрепляет кожу головы, оставляя ее ухоженной и здоровой. Практически всегда такие продукты подходят для бороды, поскольку в их составе — эфирные масла чайного дерева и лемонграсса, специальные активные комплексы.

- Для ежедневного очищения волос и кожи тела подойдут **оживляющие шампуни-гели для душа**, формула которых содержит питательные, стимулирующие и регенерирующие

компоненты: эфирные масла цитрусовых, органические масла арганы и алоэ вера, ментол. Водные процедуры с таким гель-душем тонизируют, дарят энергию, жизненную силу и прекрасное настроение.

- Для очищения бороды созданы **малопенящиеся шампуни**, обладающие смягчающим и успокаивающим эффектом. После мытья борода приобретает блеск, а активные компоненты питают и защищают ее. Как правило, для мужчин производители выбирают натуральные цитрусовые ароматы из комбинации эфирных масел: сладкого апельсина, горького апельсина, мандарина и ментола.

СПЕЦИАЛЬНЫЙ УХОД

- После мытья бороды рекомендуется использовать **бальзам**, предназначенный для смягчения и разглаживания, а также для облегчения процесса расчесывания. В состав данных средств обычно включают провитамин B₅ (пантенол), ксилитол (натуральный сахар, получаемый из фруктов), бетаин (натуральный сахар, получаемый из сахарной свеклы).

- В качестве укладочных средств одно из первых мест занимает **воск**, который предназначен для создания и фиксации формы усов или бороды-эспаньолки. Состав подобных продуктов обогащен натуральными маслами — ши, пальмовое, авокадо; содержит витамин E, эфирные масла лаванды и лемонграсса.

- Масло для бороды** делает волосы послушными, устраняет завитки, смягчает и увлажняет бороду, устраняет сухость кожи, обеспечивает защиту от зуда и раздражения.

Подобные продукты богаты комбинацией эфирных масел (лемонграсс, лаванда, грейпфрут), маслами карите, виноградных косточек,



авокадо, органы, макадами, оливы, хлопчат, а также содержат витамин Е.

КОМФОРТНОЕ БРИТЬЕ

При наличии усов и бороды бритье никто не отменял, поэтому **в арсенале подходящих средств могут быть:**

- **Жидкий крем для бритья** обеспечит гладкое мягкое бритье, успокоит и защитит кожу от появления зуда, раздражения и покраснения. Создаст ощущение свежести и увлажненности благодаря комбинации эфирных (эвкалипт, грейпфрут, лемонграсс) и натуральных (масло сладкого миндаля, виноградной косточки и др.) масел, экстракта ромашки, органического сока алоэ вера и витаминов.
- **Натуральное плотное масло для бритья** медленно абсорбируется, за счет чего бритье становится более гладким. Одновременно происходит питание и увлажнение. Специально разработанный состав (эфирные масла бергамота, лаванды, можжевельных ягод, перечной мяты, белого тимьяна, чайного дерева, розмарина, шалфея, горького апельсина, сладкого апельсина, жожоба, риса), успокаивает и защищает кожу от появления раздражения.
- **Смягчающий гель-бальзам после бритья** успокаивает и способствует естественному восстановлению кожи после бритья, снимая все неприятные ощущения. Содержит сочетание мужских ноток, полученных с помощью масел бергамота, розмарина, лаванды широколистной, эвкалипта, лимона, герани, мандарина, сосны обыкновенной, сладкого апельсина, горького апельсина, мирта, белого тимьяна, майорана, кипариса, орегано и пр.



- Завершающий штрих в программе ухода — **мини-версия щетки для бороды и усов** из натуральной древесины.

УХОД ЗА ТЕЛОМ

Мужчины не хотят отставать от женщин, поэтому уход за телом стал приобретать для них новый смысл и усилия.

Так, наравне с привычными гелями для душа и дезодорантами, они начинают пользоваться **кремом для рук, питательным кремом-парафином для кожи рук и стоп, универсальными средствами для волос 3в1** (шампунь/кондиционер/гель для душа).

В индустрии косметики для мужчин появились следующие **гели для душа**: с охлаждающим эффектом, гели-дезодоранты, гели с питательными маслами, разогревающие гели (на основе специй).

Современный мужчина не стесняется делать депиляцию, и специально для мужской кожи созданы серии продуктов для безболезненной процедуры, а также последующего ухода.

Интересно, что в своем стремлении сохранять спортивную форму они тоже очень упорны. И тут им на помощь приходят **жиросжигающие сыворотки и кремы**.

А поклонникам солнечных ванн помогут новейшие линии солнцезащитных средств, где в т.ч. предусмотрены продукты по сохранению загара.

КОСМЕТИКА ДЛЯ МУЖСКОГО МАНИКЮРА

Красота современного мужчины состоит не только из идеальной стрижки, чистых волос и гладко выбритого лица. Сильный пол не считает зазорным делать маникюр и педикюр с чисто гигиенической целью, посещая салоны красоты, спа и барбер-шопы, в которых предлагают данные услуги.

Для поддержания профессионального и домашнего маникюра и педикюра существуют **специальные ногтевые линии**, и они помогут продлить срок процедуры, бережно ухаживая за кутикулой и ногтями.

- Одним из продуктов №1 считается **средство, позволяющее быстро и эффективно удалить**

ороговевшую кожу вокруг ногтя. Если кутикула сухая, то лучше использовать для ее удаления специальное масло. Оно быстро размягчит кожу, остатки которой можно отодвинуть апельсиновой палочкой. При постоянном применении кутикула замедляет и совсем прекращает свой рост.

■ Хит №2 по уходу за ногтями и кутикулой — **масло, предназначенное для кутикулы и ломких, сухих ногтей.** Данные средства обладают регенерирующим действием, восстанавливают, питают ноготь и смягчают кутикулу. Хорошо, если продукт будет содержать ценные масла семян сладкого миндаля и подсолнуха. Задача данных препаратов (помимо ухода за кутикулой) состоит в том, чтобы глубоко проникать в корень ногтевой пластины, формируя рост здорового и эластичного ногтя.

■ В арсенале средств по уходу за ногтями станет не лишним **укрепитель с кальцием, предназначенный для ломких и тонких ногтей,** содержащий концентрат кальция и масло льняных семян. Данные составляющие глубоко питают ногти, формируя их крепкую структуру.

■ Чтобы мужской маникюр и педикюр выглядели эстетично, можно использовать матирующее покрытие, благодаря которому ногти будут смотреться здоровыми и эластичными.

■ Мужчинам, которые ведут активный образ жизни и занимаются спортом пригодится **антибактериальный гель для ногтей и кожи пальцев ног,** предрасположенной к микозу и расстройствам различного характера (например, «стопа спортсмена»). Средство является своеобразной профилактикой грибка кожи и ногтей: очищает, восстанавливает микрофлору и защитные функции кожи. Подходит также для диабетической стопы.

Активными ингредиентами таких средств являются частицы серебра, лауриловая кислота (натуральный антибактериальный агент), экстракт исландского мха с антибактериальным действием.

В наши дни ассортимент гигиенической продукции для мужчин по своему многообразию не уступает женскому. Основная масса средств предназначена только для мужчин, но существуют товары унисекс, которыми с успехом можно пользоваться вместе.

Это приятно вдвойне, потому что, делая подарок мужчине, заодно можно побаловать себя.

Софья МИЛОВАНОВА



В «БЕЛУЮ СМЕРТЬ» СОЛЬ ПРЕВРАЩАЕТ ТОЛЬКО ЕЕ ИЗБЫТОК

Более полувека соль называют «белая смерть». Ее клеймят в книгах, журналах, передачах. Человечество уже уяснило, что от поваренной соли — только болезни и вред. Правильно ли это?

О ХЛОРИДЕ НАТРИЯ

Поваренная соль, или хлорид натрия, известна с древности — ей более 10 тыс. лет. Добыча соли в те времена была трудоемкой, что сказывалось на ее цене: приправа стоила дорого. В стародавние времена солевые прииски были только в ведении государей. Приближенным жалование выдавалось исключительно солью — это было высочайшей привилегией.

Для такой драгоценной приправы изобрели специальную посуду — солонку. Ее изготавливали из хрусталя, благородных металлов и богато инкрустировали драгоценными камнями. В менее обеспеченных слоях населения солонки были скромнее — из дерева, бересты, глины. Но их обязательно украшали резьбой или рисунком. Солонка была для семьи ценнейшим предметом.

В старину соль была единственным консервантом для продуктов: мяса, рыбы, овощей... Как прекрасный антисептик, она препятствовала размножению бактерий.

Соленая пища была гарантией от голода в неурожайные годы — она помогала перезимовать и дожидаться нового урожая.

ВОЙНЫ И БУНТЫ ИЗ-ЗА «ВРЕДНОГО» ПРОДУКТА

В устье реки Тибр соль добывали издревле. Белые кристаллы отправлялись с караванами по дороге, которую называли «Дорога соли». Именно в этом месте в начале второго тысячелетия до нашей эры и возникло поселение, которое теперь носит имя — Рим. Древние жители Рима вынуждены были постоянно воевать с этрусками и другими народами за свои солевые копи.

Римская империя более века вела войну с Карфагеном за владычество на море, за серебряные рудники и за... соляные промыслы. Бургунды и аллеманы — германские племена дохристианской Европы — долгие годы бились между собой за солевые месторождения.

А в Китае в 874 г. начался соляной бунт, который перерос в войну крестьян с императором. Длилась гражданская война 9 лет. Возмущением было охвачено 5 провинций из 10, т.е. половина Китая восстала против повышения налога на соль. На свободной от императорских чиновников территории соляные налоги были отменены полностью.

И Франция во время Столетней войны не избежала бунтов из-за повышения налога на соль.

В 1648 г. и на Руси поднялся бунт из-за того, что цены на дорогую соль подскочили в несколько раз. Он вошел в историю как Соляной. Некоторые бояре решили пополнить свои набитые золотом кубышки повышением налогов и цен на товары первой необходимости. Стоимость соли возросла настолько, что даже купцы не могли покупать волжскую рыбу для засола. Что говорить о простом народе, у которого соленая рыбка была главной пищей.

В 1482 г. началась война из-за соли между Венецианской республикой и союзом Феррарского и Миланских герцогств с Неаполитанским королевством, длившаяся 2 года. Венеция выиграла, а в награду получила места добычи соли.

Конкистадоры стремились в Америку не только в поисках Эльдорадо, были и более прозаичные цели — острова Тенерифе и Пальма, богатые морской солью, которая к тому же добывалась очень легко. Кортес жаждал овладеть столицей Мексики, которая располагалась... на соленом озере.

УВАЖЕНИЕ К СОЛЕНЫМ КРИСТАЛЛАМ

К соли в нашей стране всегда относились с трепетом и любовью. На Руси издревле потчевали дорогих гостей хлебом-солью. Хлебом-солью испокон веков благословляли молодоженов.

А сколько поговорок сложили о ней:

- Без соли стол кривой
- Без соли и хлеб не естся
- Соли не жалея — так есть веселей
- За хлебом-солью всякая шутка хороша
- Несолоно хлебать, что немилото целовать.

Четверговая соль, которую заготавливали в Страстную седмицу на весь год, считалась первым средством от болезней и бед.

ПОЛЕЗНЫЕ СВОЙСТВА СОЛИ

Медицина подтверждает: что бы ни говорили, но без поваренной соли человек обходиться не может.

Хлорид натрия, который можно рассматривать как ионы хлора и натрия, очень важен для



жизнедеятельности человека. Сам организм его синтезировать не способен. Хлор способствует выработке соляной кислоты в желудке. 1/3 натрия приходится на опорно-двигательную систему, 1/3 — нервы и мышцы, 1/3 — мозг, внеклеточная жидкость. При недостатке натрия организм начинает «забирать» его из зубов и костей, провоцируя кариес, остеопороз.

И еще:

- физиологический раствор (водный NaCl), его вводят внутривенно при обезвоживании, потере крови и других показаниях;
- водно-электролитный баланс поддерживается в норме только при наличии в организме ионов Na и Cl;
- передача нервных импульсов и нервные сокращения происходят только в присутствии хлорида натрия. При отсутствии соли ухудшается память;
- рост мышечной и костной ткани идет только при наличии в организме поваренной соли;
- пищеварение проходит нормально при наличии соли. Без нее начинаются спазмы желудка, пропадает аппетит, появляется тошнота, происходит изменение вкуса — «тянет» есть мел, известь, землю;
- выработка инсулина поджелудочной железой снижается при недостатке хлорида натрия;
- артериальное давление без поваренной соли «падает». Появляются головокружение, слабость, судороги;
- недостаток NaCl вызывает спазм капилляров и, как следствие, образование тромбов;
- без хлорида натрия замедляется метаболизм, ослабляется иммунитет;
- кожа, волосы и ногти становятся сухими и ломкими.

Вырабатывать соль организм не может: она поступает только с пищей. Ежедневно нам нужно около 15 г поваренной соли — это одна

чайная ложка. В жару или при тяжелой физической нагрузке NaCl быстро выводится с потом, поэтому дневная норма чуть увеличивается — 1,5 чайной ложки. При диарее необходимо больше подсоленной воды, чтобы избежать обезвоживания организма.

Поваренная соль «не дружит» с калием. При недостатке NaCl повышается уровень K в крови, что ведет к брадикардии и уменьшению возбудимости сердечной мышцы.

НЕДОСОЛ НА СТОЛЕ, А ПЕРЕСОЛ НА СПИНЕ

Соль содержится в многих продуктах — молоке, твороге, сырах, хлебе... Поэтому каждый получает необходимую норму. Но зачастую люди злоупотребляют солеными продуктами: консервы, колбасные изделия, соленья в избытке присутствуют в меню. Избыток соли и превращается в «белую смерть».

Излишек соли противопоказан при ожирении, сердечно-сосудистых и почечных заболеваниях. В таких случаях назначают бессолевую диету. Это диета, когда пища не солится, но NaCl поступает с другими продуктами.

В нездоровом организме избыток соли препятствует выводу жидкости. Повышается нагрузка на почки и мочевой пузырь. Появляются отеки — от них увеличивается вес. Это, в свою очередь, угнетает сердечно-сосудистую систему, нарушает кровообращение, провоцирует головную боль и в целом ухудшает работу головного мозга. Повышается глазное, артериальное и внутричерепное давление. Стенки сосудов становятся хрупкими.

Соленая пища повышает аппетит и усиливает жажду. Человек начинает больше есть и пить. Чаще всего продукты — вредные для организма — сладкие и жирные, что ведет к ожирению.

От избытка соли появляется угревая сыпь.

Признаки избытка соли и ее недостатка очень похожи: кальций вымывается из костей и зубов, ухудшается пищеварение, появляются гастрит и язвы.

Наблюдения медиков показали: любители соленой пищи страдают от гиподинамии. Они любят сидячий образ жизни, что осложняет заболевания. Справиться со своими привычками такие люди не могут. Но если снизить употребление

нормы соли — они сами начинают заниматься спортом.

НА ЗАМЕТКУ

Если в течение дня соли было съедено больше, чем нужно, организм станет испытывать жажду. Самый лучший напиток в таком случае — зеленый чай. Он хорошо выводит соль.

1 г соли содержит и стандартный кусочек черного хлеба, и 100 г сливочного масла; в 1 кусочке сыра или брынзы — 1–3 г, в 1 бутерброде с красной икрой — 8 г соли — половина суточной нормы. Много хлорида натрия содержится в сладком болгарском перце, томатах, сельдерее, картофеле, моркови, свекле, молочных и др. продуктах.

Соль лучше хранить в сухом месте, йодированную еще и в темном.

На прилавках магазинов огромный выбор соли: морская, каменная, с травами... У разных видов соли — разные функции.

- Морская соль содержит K, Ca, Br, Mg, I и другие микроэлементы. Ею можно подсолить готовую пищу, можно использовать в косметологии и лечении.
- Соль «Экстра» — мелкого помола, рафинированная — хорошо подходит для косметических и лечебных процедур. В пищу лучше не добавлять — микроэлементы отсутствуют полностью.
- Соль 1-го и 2-го помола подходит для приготовления пищи, для лечебных целей и косметологии.
- Каменная соль — универсальная.
- Розовая гималайская соль подходит как для приготовления пищи, так и для лечебных целей. В ней кладезь витаминов и микроэлементов — 84 позиции.
- Йодированная соль — обыкновенная соль, в которую добавили йодистый калий — подходит только для подсаливания готовой пищи.

ЛЕЧЕБНЫЕ СВОЙСТВА СОЛИ

Как уже было отмечено выше — рекомендовано применение хлористого натрия в косметических и лечебных целях.

■ Ингаляция солью

Вдыхание паров соли в соляных пещерах и от солевых ламп в последние годы становится

популярно. Ионы соли очищают бронхи и легкие, а также помогают выведению токсинов, улучшают обмен веществ и кровообращение, повышают иммунитет, укрепляют сердечно-сосудистую и нервную систему в целом. Полезны такие ингаляции при вегетососудистой дистонии (несмотря на споры в науке, доктора пока еще ставят диагноз).

Пары соли противопоказаны: беременным, при обострении хронических заболеваний, при туберкулезе, тяжелых болезнях сердца и сосудов, при онкологических, венерических и некоторых психических заболеваниях (например, шизофрении).

■ Солевые ванны

Ванны с солью очищают кожу и укрепляют организм. Их можно принимать ежедневно при температуре воды не более 38°C, длительность — 10–15 мин.

В ванне растворяют 1 кг соли — морской, каменной или «Экстра». Ванны помогают при неврозах, стрессах, бессоннице, атеросклерозе, нарушении обмена веществ, экземе, диатезе, псориазе, дерматите, остеохондрозе, артритах и артрозах, при гипотиреозе, целлюлите, пониженном иммунитете. Перед ванной нужно принять душ с детским мылом, после — желательно тщательно вытираться полотенцем — соль должна впитаться.

Важно! Ванны с солью запрещены при опухолях, гипертонии 3-й степени, тахикардии, при беременности, грибковых заболеваниях кожи, фурункулезе.

■ Тем, кто хочет похудеть

Тем, кто мечтает постройнеть, важно помнить — бессолевая диета, употребление мочегонных средств не помогают сбросить вес! Потерянные граммы вернутся очень быстро, а вред

организму будет нанесен сильнейший. Ведь выводится не только жидкость, но и полезные вещества. Ванны с солью, которые принимают через день в течение месяца, могут оказаться полезнее бессолевой диеты.

За 1–1,5 часа до сна в теплой воде (температура 34–36°) развести 0,5 кг соли. Принимать ванну в течение 15 мин. (не более)!

■ Забота о внешности

При выпадении волос и сухой экземе головы сухую соль втирают в голову. Через 10–15 мин. смывают теплой водой. Такие процедуры делают 2 раза в неделю не более месяца.

Мыть волосы шампунем и сушить их феном в период такого лечения нельзя.

При выпадении волос можно сделать такую маску: полстакана кефира смешать с 1 взбитым яичным желтком, добавить 1 ч. л. морской (каменной, гималайской) соли. Теплую смесь нанести на волосы. Держать не более 30 мин. Смыть теплой водой.

Если ногти ломкие, их можно укрепить ванночками из морской или гималайской соли: 2 ст. л. соли растворить в теплой воде 0,5 л; делать через день, не более месяца. Ногти держать в растворе не более 15 мин. В этот период нельзя пользоваться лаком.

Для жирной кожи с угревой сыпью, особенно в подростковом возрасте, поможет умывание соленой водой — 2 ч. л. на пол-литра воды.

■ Народная медицина

При пищевом отравлении делают слабый пищевой раствор — 2 ст. л. соли на 1 л теплой воды. Нужно выпить в течение 2 ч 3 стакана, чтобы освободить желудок от токсинов.

При сильной рвоте при токсикозе помогает слабый раствор соли — 1 ч. л. на 1 л теплой кипяченой воды. Пить часто по 1 ст. л.

При бессоннице, неврозах и если поставлен диагноз «ВСД» полезно делать солевые обтирания, смочив в растворе варежку-мочалку и втирать ею в тело. В 1 л теплой воды растворить 3–4 ст. л. соли морской, каменной или гималайской. Такое обтирание необходимо делать месяц по утрам.

На болезненные укусы насекомых накладывают компресс из соли и меда, чтобы снять отечность и зуд.



При ангине, тонзиллите, ОРВИ, насморке можно полоскать горло и промывать носоглотку слабосоленым раствором, чтобы избежать высыхания слизистых: 0,5–1 ч. л. на стакан теплой воды.

Синяки и ушибы можно лечить солевыми примочками. В крепком растворе соли — 2 ст. л. на стакан воды — смочить сложенный в несколько слоев бинт или марлю, затем приложить к травмированной коже на 1–2 часа. Можно зафиксировать бинтом и пластырем.

Если на стопах и ногтях есть грибковые заболевания, поможет ежедневное обтирание раствором соли — 1 ст. л. на стакан.

Если на пальце руки появилось нагноение — крепкий раствор соли поможет его «вытянуть»: на стакан горячей воды необходимо 2 ст. л. соли. Опустить в стакан палец и держать 15–20 мин. В день можно делать 2–3 процедуры. Лечение занимает несколько дней.

Екатерина АЛТАЙСКАЯ



2–3 апреля 2019 г.

Самара

гостиница Holiday Inn Samara

Министерство здравоохранения Самарской области
Агентство оценки технологий здравоохранения
Журнал «Фармакоэкономика: теория и практика»
Организаторы: Московское фармацевтическое общество • Конгресс Центр

XIV НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«РАЗВИТИЕ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ
И ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» —
«ФАРМАКОЭКОНОМИКА 2019»

ПРОГРАММА КОНГРЕССА

ОТКРЫТИЕ КОНГРЕССА

Ратманов М.А. — министр здравоохранения Самарской области

ПАНЕЛЬНАЯ ДИСКУССИЯ

- Клинико-экономическая оценка и возможности клинического фармаколога на региональном уровне. Что можно сделать своими силами, а что лучше делегировать экспертным организациям?

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ СЕССИИ ТЕМАТИЧЕСКИЕ БЛОКИ

- Лекарственное обеспечение наиболее затратных нозологий, финансируемых за счет федерального и регионального бюджета
- Организация лекарственного обеспечения и фармакоэкономика в онкологии
- Организация лекарственного обеспечения и фармакоэкономика сахарного диабета
- Организация лекарственного обеспечения и фармакоэкономика бронхиальной астмы

ВЫЕЗДНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

- Заседание межрегиональной рабочей группы «Современная организация лекарственного обеспечения — СОЛО» (Участвуют представители региональных органов управления здравоохранением)

Дополнительная информация на сайте www.fru.ru и по тел.: (495) 359-06-42, 359-53-38, e-mail: fru@fru.ru, Skype: fru2012
Обращаем Ваше внимание, что Оргкомитет конгресса оставляет за собой право вносить изменения в программу и состав докладчиков

ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ КОНКУРСА МОЛОДЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ ПО ФАРМАКОЭКОНОМИКЕ НА ЛУЧШУЮ НАУЧНУЮ РАБОТУ 2019 ГОДА

Первая премия — публикация полной научной статьи в журнале «Фармакоэкономика: теория и практика» в 2019 году с размещением на сайте журнала www.pharmacoeconom.com

Вторая премия — бесплатная аккредитация с публикацией тезисов на следующий XV конгресс «Развитие фармакоэкономики и фармакоэпидемиологии» в 2020 году

Третья премия — бесплатная подписка на 2019 год на печатный вариант журнала «Фармакоэкономика: теория и практика» по каталогу «Почта России», подписной индекс 92646

Авторитетный профильный Конгресс, исторически основанный на результатах отечественных российских фармакоэкономических исследований, пройдет уже в четырнадцатый раз. Это единственная профильная площадка для обмена практическим опытом, в которой примут участие ведущие отечественные специалисты в области фармакоэкономики, руководители и ведущие специалисты федеральных и региональных органов управления здравоохранением и фармацевтической деятельностью, представители аптечных организаций, лечебно-профилактических учреждений, профессиональных фармацевтических ассоциаций, высших учебных заведений, предприятий-производителей лекарственных средств, отраслевой прессы и др.

РЕК

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ЭКСПЕРТИЗА И РЕГИСТРАЦИЯ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
В ЕАЭС» — «РЕГЛЕК — ЕАЭС 2019»**

**15–16 апреля
2019
Москва**
гостиница
Холлидей Инн Москва
Сокольники

РегЛек — ЕАЭС

Дополнительная информация
на сайте www.fru.ru и по тел.:
(495) 359-06-42, 359-53-38,
e-mail: fru@fru.ru, skype: fru2012

15

апреля

Сессия 1

В ПРОГРАММЕ КОНФЕРЕНЦИИ

Пленарное заседание

Секции

- Практические основы приведения регистрационного досье в соответствие
- Фармакопей ЕАЭС: текущий статус и перспективы
- Система менеджмента качества фармацевтической компании в свете последних регуляторных требований
- Взаимодействие национально-го и единого регулирования на рынке обращения лекарственных средств в переходный период 2019–2021 годов
- Современные требования к оценке качества лекарственных средств
- Самоинспекции GxP практик в фармацевтических компаниях
- GxP-инспектирование на рынке ЕАЭС: инспекции в рамках экспертной оценки регистрационных досье

16

апреля

Сессия 2

Секции

- Практические аспекты экспертизы качества лекарственных средств
- Частные вопросы оценки отношения ожидаемой пользы к возможным рискам применения препаратов в рамках современного законодательства
- Требования к составлению, внесению изменений и экспертизе инструкций по медицинскому применению ЛП: последние изменения нормативно-правовой базы
- Требования к сервис-провайдерам в системе менеджмента качества фармкомпаний
- Электронное досье по Правилам ЕЭК. Требования. Перспективы
- Экспертиза иммунобиологических и биотехнологических лекарственных препаратов

Круглый стол

- Актуальные вопросы экспертизы лекарственных средств

РЕК

X практическая конференция PHARMABRAND-2019

11 Апреля 2019 г., Москва

**Счастливым покупателю — сильный бренд!
Взращаем цифровой маркетинг! +7 495 995-80-04**

11 апреля 2019 г. в Москве компания **infor-mediaRussia** проведет конференцию **Pharmabrand**, где традиционно соберутся бренд-менеджеры и директора отделов маркетинга из ведущих фармацевтических компаний.

ВПЕРВЫЕ в России **DIGITAL-ПОДМАСТЕРЬ!** Они делают digital там и готовы поделиться опытом здесь! Звездный практикум для фармы, без экспериментов!

Многоканальный день совершенства маркетинга.

- Как правильно выстроить контентную стратегию в digital и создать уникальный customer experience?
- Какие KPI использовать для оценки эффективности digital-кампании?
- Какова роль медицинских представителей в будущей модели?
- Как построить взаимодействие с пациентами в digital, чтобы повысить эффективность модели?
- Как построить интегрированную многоканальную модель продвижения рецептурного препарата врачу?



Полная информация на сайте: infor-media.ru и у Елены Проненко по тел.: +7 495 995-80-04, доб. 1272, или по e-mail: e.pronenko@infor-media.ru.

РЕК



**XVI ежегодная
межрегиональная
конференция**

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА
ЛЕКАРСТВЕННОЙ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**23 — 25 июня
2019 г.**

**СОВРЕМЕННЫЙ
И ТЩАТЕЛЬНО ПРОДУМАННЫЙ
ФОРМАТ ПРОВЕДЕНИЯ**

АКТУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА — САМЫЕ ВОСТРЕБОВАННЫЕ ТЕМЫ

Пленарное заседание

- Задачи и инструменты реализации программы развития здравоохранения на региональном уровне

Секционные заседания

- Лекарственное обеспечение отдельных нозологий: вызовы и инструменты решений
- Экспертиза и контроль качества лекарственных средств
- Оплата медицинской помощи: региональный опыт формирования КСГ
- Переформатирование работы ГУПов в современных условиях
- Закупки лекарственных препаратов и медицинских изделий на уровне ЛПУ
- Аптечная секция

Круглые столы

- Государственный контроль качества лекарственных средств в измененном законодательстве
- Фармацевтический рынок ЕАЭС: от видимых горизонтов к объективным реалиям

Панельная дискуссия

- Региональные модели лекарственного обеспечения: что изменилось за последний год

Тематический доклад

- Обеспечение доступности лекарственных препаратов: движение по спирали?



- Пленарное заседание
- Секционные заседания
- Круглые столы
- Дискуссии
- Беседа в кулуарах

Дополнительная информация

на сайте www.fru.ru,

по тел.: (495) 359-06-42, 359-53-38,

e-mail: fru@fru.ru, skype: fru2012

Обращаем Ваше внимание, что Оргкомитет конференции оставляет за собой право вносить изменения в программу и состав докладчиков

РЕК

26

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

ЧЕЛОВЕК
и
ЛЕКАРСТВОwww.chelovekilekarstvo.ru

Первичная медицинская помощь
НМО – врачам общей практики
Переподготовка терапевтов

8–11 АПРЕЛЯ 2019 г.

Открыт прием заявок на публикацию тезисов

Конгресс состоится в Центре Международной Торговли г. Москва, Краснопресненская наб. 12

Секретариат конгресса info@chelovekilekarstvo.ru. Тел./факс: +7 (499) 584-45-16

Подробная информация в вашем личном кабинете на официальном сайте Конгресса

www.chelovekilekarstvo.ru

ВСЕ ПОДРОБНОСТИ НА САЙТЕ
WWW.UNCIA.RU



18 АПРЕЛЯ

ПЛАТИНОВАЯ УНЦИЯ 2018



**ВСЕРОССИЙСКИЙ ОТКРЫТЫЙ КОНКУРС
ПРОФЕССИОНАЛОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ**

ГОЛОСОВАНИЕ ВТОРОГО ЭТАПА ПРОЙДЕТ В ПЕРИОД
С 25 ФЕВРАЛЯ 2019 ПО 29 МАРТА 2019 ГОДА

КОНТРОЛЬ СООТВЕТСТВИЯ ПРОЦЕДУРЫ
ПРОВЕДЕНИЯ ГОЛОСОВАНИЯ РЕГЛАМЕНТУ
КОНКУРСА ОСУЩЕСТВЛЯЕТ:



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ
ИНФОРМАЦИОННЫЙ
ПАРТНЕР:



ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ



ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ



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

Свидетельство о регистрации

№ 019126 от 21.07.1999
Государственного Комитета Российской
Федерации по печати

Главный редактор

Лактионова Е. С.

Заместитель главного редактора

Стогова Н. М.

Компьютерный дизайн и верстка

Руфова А. К.

Реклама

ООО «АСофт XXI»
8 (495) 720-87-05

Периодичность

Газета выходит 1 раз в месяц

Интернет-версия газеты

mosapteki.ru