

Nº11 (308)

ноябрь 2019

Издается с 1995 года +7 [499] 170-93-20

www.mosapteki.ru



ТЕМА НОМЕРА



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. КАК ВЫЖИТЬ ПОСЛЕ ОПТИМИЗАЦИИ?

Оптимизация здравоохранения прошла неудачно — это констатация факта от вице-премьера Татьяны Голиковой. В срочном порядке предстоит работа над ошибками — точнее, работа по спасению медицинской помощи.

AHOHC



ОБ АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ЦЕНОВОЙ РЕПУТАЦИИ

Ее Величество Цена. Все зависит от цены. «Эпоха девяностых» приучила к тому, что цифры на ценниках определяют если не все, то очень многое. Особенно там, где размер чека жизненно важен для покупателя...



«НЕТ ЖИТЬЯ ОТ ИПОТЕКИ? ВИНОВАТЫ ГОСАПТЕКИ!»

Пенза. Полдевятого вечера. Автобусная остановка где-нибудь в центре города. И полное отсутствие общественного транспорта. А почему?

TEMA HOMEPA



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. КАК ВЫЖИТЬ ПОСЛЕ ОПТИМИЗАЦИИ?

3

5

АПТЕКА



ГЛАВНЫМ ДОСТОИНСТВОМ АПТЕКИ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПЕРСОНАЛ

27



«ОБЕРТКА ЭТО ХОРОШО, НО СОДЕРЖАНИЕ ВСЕГДА ЦЕННЕЕ И ВАЖНЕЕ»

38



ОБ АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ЦЕНОВОЙ РЕПУТАЦИИ

43



ГОМЕОПАТИЯ: КОМПЛЕКСНЫЕ ПРОТИ-ВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

47



ВОПРОС — ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ

50

ФАРМРЫНОК



«НЕТ ЖИТЬЯ ОТ ИПОТЕ-КИ? ВИНОВАТЫ ГОСАПТЕКИ!»

53



МАРКИРОВКА ПЛЮС ПРОВЕРКИ = ?

58



СТМ В АПТЕКЕ: «ПЛЮСЫ» И «МИНУСЫ»

61



НЕМНОЖЕЧКО НЕ РАССЧИТАЛИ. ЧЕГО ОПАСАТЬСЯ 29 НОЯБРЯ?

65



СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАЦИЯ: КЕМ БЫТЬ?

69



СЕДАТИВНЫЕ ЛС РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

74



ХХІ ВЕК: НОВАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ. СИТУАЦИЯ VIII

76

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ



А. САВЕРСКИЙ: «ПОЧЕМУ ФФОМС ОКАЗАЛСЯ ГЛАВНЕЕ МИНЗДРАВА»?

80



МОСКОВСКАЯ СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ — САМАЯ БЫСТРАЯ В МИРЕ

84



НА ТОМ И СТОЯТЬ БУДЕМ!

88



АТОПИЧЕСКАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

92

СПЕЦМЕРОПРИЯТИЯ



СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

95



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. КАК ВЫЖИТЬ ПОСЛЕ ОПТИМИЗАЦИИ?

Оптимизация здравоохранения прошла неудачно — это констатация факта от вице-премьера Татьяны Голиковой. В срочном порядке предстоит работа над ошибками — точнее, работа по спасению медицинской помощи.

ЧТО ЖЕ ТАКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ?

По определению ВОЗ, система здравоохранения — это совокупность всех организаций, институтов и ресурсов, главная цель которых — улучшение здоровья.

И вот еще одно определение: здравоохранение — государственная отрасль, организующая и обеспечивающая охрану здоровья населения. И она представляет собой целую совокупность мер: политического, экономического, социального, правового, научного, медицинского, санитарно-гигиенического, противоэпидемического и культурного характера. И цель этих мер — тоже не только медицинская помощь. Поддержание здоровой жизни и укрепление здоровья граждан не менее важно.

Таким образом, и восьмичасовой рабочий день, и отсутствие мусорного полигона «в шаговой доступности», и даже уровень пенсионного возраста — все это здравоохранение. Однако чаще здравоохранение понимают узко — как систему медицинской помощи.

С ЧЕГО ВСЕ НАЧАЛОСЬ?

В 2012 г. министр здравоохранения **Верони**ка Скворцова заметила: «На самом деле здравоохранение оставляет желать лучшего. Существует четыре серьезных блока проблем.

Во-первых, инфраструктура — устаревшая, обнищавшая, с большим уровнем физического износа. Несмотря на вложенное беспрецедентное количество средств и проведенные мероприятия по капитальному ремонту медучреждений, полностью износ мы не сняли... На конец 2012 г. почти 17% учреждений требуют капремонта и почти 41% — комплексного переоснащения.

Второе, безусловно, кадры. Низкий уровень медицинского образования, отсутствие эффективной системы непрерывного образования, дисбаланс в распределении кадров в отрасли: первичное звено, стационарное.

К сложностям в функционировании отрасли приводит также отсутствие единых национальных клинических протоколов».

Полезно сопоставить это с проблемами, отмеченными в 2005 г. — в период старта национальных проектов по здравоохранению (об этом

напоминает эксперт — врач-невролог **Надежда Зыкова**). К сожалению, в списке предложенных решений победила «оптимизация».

РЕФОРМЫ ПОД КОПИРКУ...

Отечественной системе здравоохранения недостает системного подхода (простите за тавтологию). Да, он, собственно, и не нужен — каждый решает свои задачи, государство и крупный бизнес. Государство сокращает бесплатную медицинскую помощь населению, на освободившиеся места приходит крупный бизнес. В рамках оптимизации эти задачи проще реализовать.

В основу реформы, ставшей притчей во языцех, лег доклад Высшей школы экономики.

Отрицательное экспертное заключение на этот доклад было дано еще весной 2013 г. Научный анализ предложений «оптимизаторов» провела наш эксперт, ректор Высшей школы организации и управления здравоохранением **Гузель Улумбекова**. К сожалению, эксперта не услышали — ни в Правительстве, ни в Минздраве, ни в Счетной палате, несмотря на направленные ею письма. Мы убеждены, что она была не одинока в своих предположениях, к чему может завести неподготовленность базы для реформирования.

А стратегическая ошибка была в следующем: вместо того, чтобы обосновать необходимость увеличить вложения в здравоохранение в целом, ВШЭ предлагала найти средства для медицины внутри самой медицины. Путем сокращения всего, что, по мнению «оптимизаторов», легко сокращается:

- за счет уменьшения объемов стационарной и скорой медицинской помощи;
- за счет увеличения оборота койки;
- путем ликвидации так называемых «неэффективных» медицинских организаций;
- через сокращение участия государства и рост «содоплаты населением» за медицинскую помощь.

Последнее из положений применяется к странам с избыточным финансированием здравоохранения, чего нельзя сказать о России, однако авторов будущей «оптимизации» сие почему-то не смутило. Вместо «скорой» и стационаров они уверенно предложили диспансеризацию и врачей общей практики. И в надежде

на «европейское качество» решили скопировать пример из Европы.

... МИНУС ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ

Не учли, правда, самую малость: в нашей стране показатели здоровья населения ниже, чем в странах, выбранных за образцы. А значит и медицинская помощь нашим согражданам требуется чаще. Что подтверждают и большие, чем на «цивилизованном Западе», потоки больных. С каждым годом они растут — в среднем плюс 1,4 млн случаев за год.

Заменить сокращенную в целях экономии медицину оказалось нечем. Коек реабилитации и паллиативного лечения еще в 2013 г. было в разы меньше, чем в Европе. Диспансеризация легла на плечи врачей участковой службы, а их и так было в 1,6 раза меньше необходимого, обращает внимание Гузель Улумбекова. Дефицит медиков из серьезного превратился в катастрофический.

Последствия оказались закономерны: диспансеризации, на которую возлагали надежды как на профилактику попадания в стационар, не хватило ресурсов. Во многих случаях ее вынуждены проводить формально. Сократилось и число приемов — люди, оказавшиеся без помощи амбулаторной, закономерно стали пациентами «скорой». И тех же стационаров — где уже сократили коечный фонд, попутно увеличив интенсивность его работы.

Что крайне нежелательно: если койка работает более 310 дней в году, растет число внутрибольничных инфекций. Несчастный пациент, не попавший вовремя на амбулаторный прием и чудом спасенный врачами «скорой» и стационара, на пороге выздоровления... рискует погибнуть, к примеру, от внутрибольничной пневмонии. Так успешный показатель «оборота койки» сводит на нет все усилия медицины.

Что же касается привлечения врачей общей практики... Средства на обучение и социальные гарантии здесь необходимы такие, что «оптимизаторы» — согласно старой пословице — заплатят даже не дважды. Не говоря уже об экономии, на которую надеялись.

Перевод скорой и высокотехнологичной помощи в дефицитную систему ОМС тоже усугубил проблемы.

Денег стало еще меньше. Причем не только для «03» или сложнейших операций в федеральных центрах, но и для всех остальных областей медпомощи, еле выживающих на те же бюджеты, выделяемые ОМС. Врачам же федеральных центров остается горько шутить — средств хватает только на расходные материалы для хирургического вмешательства.

«03»: КАЖДЫЙ САМ ЗА СЕБЯ?

Скорой помощи как экстренной службы больше нет, констатирует **Дмитрий Беляков**, фельдшер скорой помощи, председатель независимого профсоюза фельдшеров скорой помощи «Фельдшер.ру». Погружение в ОМС превратило «скорую» во множество разрозненных станций. У каждой из них отдельный руководитель — страховая компания. Работу «03» по спасению человеческих жизней оценивает, направляет и корректирует частная организация-страховщик. Со своими особыми «правилами игры».

Растущая дефицитность ОМС продолжает массово сокращать кадры «03». И это уже не только замена врачей фельдшерами. Исчезают специализированные бригады — кардиологические, неврологические, психиатрические... Что касается последних — то, как замечает Беляков, соответствующих бригад в Москве осталось 11 — на весь огромнейший мегаполис. Пациентов врача-психиатра приходится везти в больницу обыкновенным линейным бригадам, и безопасности здесь никто не гарантирует.

Принципы страховщиков «скорой помощи» противопоказаны. Как и помощи высокотехнологичной. Об этом предупреждали.

А еще погружение «03» в ОМС — пример общей системной ошибки, обращает внимание фельдшер. Если, например, у стационара и диспансера — разные страховщики, преемственность лечения пациента рискует быть серьезно нарушенной. И история болезни может закончиться весьма печально. Разрушено единство — главный принцип работы здравоохранения (как в узком, так и в широком смысле).

ПРО ЛЕКАРСТВА И ЦЕЛОСТНОСТЬ ГОСУДАРСТВА

Получается, что граждане одной и той же страны, которых Конституция наделила равными правами, живут в абсолютно разных реальностях. Столь серьезная социальная дезинтеграция — это высокий риск дезинтеграции политической.

За красивыми словами «политическая дезинтеграция» скрывается ситуация весьма прозаическая и уже много раз происходившая в истории.

Феодальная раздробленность перед татаромонгольским игом: каждое княжество — как отдельное государство, каждый сам за себя... Распад Югославии (уже в конце двадцатого столетия).

Потеря государственной целостности (независимо от века и места на географической карте) в обязательном порядке сопровождается войнами и общим неблагополучием. А иногда начинается с них.

Если же страна хочет остаться на карте — во всех ключевых вопросах ей нужно быть единым организмом. И единая система здравоохранения — важная часть решения этой задачи.

РАЗНЫЕ РЕГИОНЫ — РАЗНАЯ МЕДИЦИНА

В каждом субъекте Федерации в ходе модернизаций и оптимизаций появилась своя система здравоохранения, констатирует **Александр Саверский**, президент Лиги защитников пациентов. Свои требования, свои стандарты, свои территориальные программы ОМС. И, разумеется, лекарственного обеспечения.

В результате — вызывающая удивление ситуация: одна область гарантирует своим жителям 700 препаратов, другая — 200. Цены на медикаменты тоже различаются, иногда в десятки раз.

По состоянию на 2017 г. обеспеченность лекарствами варьировалась по регионам в 7,4 раза, еще в феврале 2019 г. отмечала наш эксперт Ирина Свято, руководитель группы стратегического консалтинга Центра развития здравоохранения «Сколково».

«Сейчас получается — сколько заработал каждый субъект, столько у него и денег на здравоохранение», — горько иронизирует Александр Саверский. Пациенты спасаются, кто как может. Например, переезжают из родного Алтайского края... в Краснодар. Потому что там доступен жизненно необходимый гемодиализ. А дома, по месту жительства, нет!

Пациентам с орфанными заболеваниями регион приобретает не лекарства, а квартиры в Москве. В первопрестольной с лекобеспечением проще.

Региональная медицинская программа — все равно что региональная космическая, горько иронизирует глава Лиги защитников пациентов. Представьте, что в каждой области — свой Байконур... Фантастика?

Вот и поднять здравоохранение одними силами региона — тоже фантастика. Почему-то вмененная в обязанность краям, областям, республикам и городам федерального значения (эксперт обращает внимание на статьи 15 и 16 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

РЕКОМЕНДАЦИИ ГЛАВЫ ГОСУДАРСТВА

Неудивительно, что одно из поручений Президента — оценить ситуацию в регионах. Для начала — с первичной медицинской помощью, с которой все начинается. Отчет по этому поручению Правительство дает 30 ноября.

Главой государства поставлен целый ряд задач, касающихся медицины. Точнее, исправления ее бедственного положения. А именно — освободить ЛПУ от излишней налоговой нагрузки (многие учреждения здравоохранения вынуждены сейчас брать кредиты... на зарплаты врачам) и дать медицинским специалистам ряд необходимых социальных гарантий.

Например:

- разработать предложения по установлению ежемесячных дополнительных выплат медработникам, оказывающим первичную медицинскую помощь;
- обеспечивать медиков жильем с возможностью передачи его в собственность через 10 лет работы;
- дать медицинским специалистам льготы на ипотеку;
- детей медиков записывать в детские сады и школы в первую очередь;
- увеличить число бюджетных мест в медицинских учебных заведениях;
- законодательно закрепить понятия «молодой специалист» (как было ранее в Советском

Союзе) и «врач-наставник». Для новичка это — защита и опыт, для наставника — уважаемая должность и материальное вознаграждение.

Все эти меры представляются очень полезными. Особенно в составе комплексной программы. «Нужна целая государственная программа поддержки медицинских специалистов. На всех этапах их профессионального роста», — убеждена Варвара Кажберова, директор Медиаинститута общественного здоровья.

Необходимо действовать системно — и никак иначе. Чтобы не получилось так, что для «подъема» поликлиник из стационаров «перебросят» последние кадры.

РАБОТА НАД ОШИБКАМИ: НИ БЫСТРО, НИ БЕЗБОЛЕЗНЕННО

Благодаря непродуманной оптимизации мы сегодня бегаем по порочному кругу: медицинской помощи для пациентов все меньше, нагрузки на специалистов — все больше... Повышение же зарплат — только на бумаге: кризис, падение реальных доходов населения и труд одного доктора там, где должны трудиться двое и даже трое.

Состояние больного «здравоохранения» усугубилось и приблизилось к экстренному.

«Все эти реализованные решения в рамках реформы системы здравоохранения во многом — радикальны. По сути, сдвиги тектонического значения, — констатирует руководитель бюро медицинского маркетинга «МедКомм» Ярослав Шульга. — Такие перемены «не отыгрываются» назад ни быстро, ни безболезненно».

От увеличения бюджетов медицины за счет государственной поддержки идеологи оптимизации отказались. Они предложили медицине: зарабатывай сама! Что из этого последовало?

У МЧС ТОЖЕ ЕСТЬ ПЛАН ПО КОЛИЧЕСТВУ ПОЖАРОВ?

Первый результат оптимизаторского подхода— гонка за показателями. Чем больше больных, чем больше вызовов, чем больше приемов— тем лучше! Ведь именно так медицина найдет средства внутри себя самой. Но неужели у МЧС

тоже есть план по количеству пожаров и числу спасенных?

Такую аналогию проводит **Андрей Звонков**, врач скорой и неотложной помощи, автор ряда книг о работе «03». Рост количества заболеваний и неотложных состояний — сродни росту числа пожаров и аварий, но, согласитесь, эффективность службы, ответственной за безопасность и здоровье граждан, определяется все-таки не этим.

Однако «сдельно-гонорарный» подход позволяет добиваться весьма важного, с точки зрения оптимизации, результата. Результат сиюминутный — со временем приверженцы «экономии любой ценой» все равно платят дважды. А вот ущерб качеству медицинской помощи вполне себе долгосрочный. Как решить эту проблему?

НЕ ЗА МИНИМУМ, А ЗА ПОМОЩЬ

«Нужно открепить прием врача или фельдшера от ОМС. Число обращений нельзя лимитировать снизу (сегодняшний «оплачиваемый минимум»). Нужна оплата за дежурство плюс интенсивность от максимального предела, — советует Андрей Звонков. — Например, за 12 час. — 12 человек, а с 13-го включается повышающий коэффициент. Важно установить максимум — в действительности это не более 24 пациентов. Да, можно не платить за отсутствие перевыполнения, но нельзя упрекать и судить о качестве по недовыполнению. Минимум не нужен!»

В какие-то периоды к доктору могут и не прийти пациенты. Но главное не в показателях, а в том, что на приеме сидит человек, готовый в любую минуту помочь больному. И именно эта гарантия того, что помощь будет оказана, — одна из основных задач системы здравоохранения.

Предложенный принцип оплаты необходимо (и срочно необходимо!) распространить не только на поликлинику, но и на скорую и неотложную помощь. Они тоже зависят сейчас от количества вызовов. И порой получают штрафы — например, за некрасивый почерк в карте пациента с инсультом. Или не получают ничего — потому что у спасенного человека, приезжего

или бездомного, не оказалось при себе полиса (такие вызовы сегодня страховыми компаниями не оплачиваются).

Врач — все-таки не менеджер по продажам. И давайте вспомним пример Генри Форда: бригаде ремонтников на своем заводе он платил... за то время, пока она отдыхала. Ведь оборудование на предприятии было «в строю» и могло исправно работать!

ПРОБЛЕМЫ ПОЛИКЛИНИК СВАЛИВАЮТСЯ НА АПТЕКУ

Принцип «больше пациентов — больше денег» наносит ощутимый удар и по аптеке. Как верно замечает Светлана Синотова, директор Центра повышения квалификации специалистов СПХФУ: 15 минут, отведенных врачу на прием, не хватает даже на то, чтобы объяснить больному, что же ему вообще назначено.

Все эти жизненно важные нюансы выясняются... на этапе фармконсультирования, т.е. в аптеке. Может случиться и так, что у человека аллергия или явные противопоказания, о которых доктор физически не успевал спросить.

Тогда посещать поликлинику придется снова. Так растет нагрузка на здравоохранение и его специалистов. Еще один порочный круг «оптимизаторской» реформы.

ПАЦИЕНТ СБЕГАЕТ В САМОЛЕЧЕНИЕ

На повышение квалификации у врача тоже нет времени. Даже о новых препаратах он узнает с опозданием, обращает внимание Светлана Синотова. Отсюда еще ряд конфликтных ситуаций в аптеке — связующем звене между доктором и пациентом.

«У врачей нет времени на пациента», — констатирует **Дмитрий Любимов**, генеральный директор ООО «Муромские Аптеки». От сегодняшней «медицинской помощи» люди и сбегают в самолечение. Что естественно.

ЧЕМ ПОМОГУТ ПРОВИЗОРЫ?

Сегодня аптека — тот самый крайний, ответственный за все недоработки реформы здравоохранения. Однако здесь же можно найти ресурс для положительных перемен. Статистика реализации лекарств (маркировка здесь не обязательна) может прояснить многое по заболеваемости. И поэтому — быть очень полезной для организации медицинской и фармацевтической помощи, поясняет Владимир Гридякин, генеральный директор ООО «Альянс-Фарм» из Подмосковья. Кроме того, грамотная организация аптек профильных — кардиологических, травматологических и т.д. — поможет улучшить доступность лечения для пациента.

Расчет потребности в медицинской помощи — вопрос важный и довольно сложный. Методики решения на сегодня нет, констатирует Александр Саверский. Более того, 30% наших сограждан (по данным исследования 2019 г.) к врачу не обращаются.

МЕДИЦИНОЙ ЗАНЯЛИСЬ СУДЕБНЫЕ ПРИСТАВЫ

Кто должен отвечать за обеспечение медицины специалистами? Только главврач?

Тогда решение вопроса будет точечным и сиюминутным. И даже региональные минздравы могут оказаться бессильными. А медицинские учреждения, предоставленные самим себе, могут столкнуться с тем, что... их счета арестованы за долги. Такое недавно произошло в Магаданской обл., рассказывает Александр Саверский.

Случай не единичный, а скорее показательный. И рекомендация по уменьшению налоговой нагрузки на ЛПУ — более чем обоснованная.

Как и предложение установить ряд мер поддержки для медиков. Как замечает врачоториноларинголог **Иван Лесков**, кто может обеспечить жильем врача или медсестру? Явно

не главврач. И явно не фонд ОМС. А вот город или поселок при поддержке из центра — сможет.

У ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ?

Пациент выживает как умеет, даже не благодаря здравоохранению, а вопреки. Заслуга в этом организаторов оптимизации здравоохранения уж точно минимальна! Воля к жизни и сообразительность, чувство долга и житейская хватка... Но и этот ресурс, увы, исчерпаем. А вот проблемы, которые были отмечены в 2005 г. (четырнадцать лет назад!), замечает врач-невролог Надежда Зыкова, в большинстве своем не решены и в году 2019-м.

Многие из них нам хорошо знакомы — как знакомо пациенту старое хроническое заболевание. Однако хронические болезни склонны переходить в стадию, когда нужна «скорая». А еще — дорогостоящие лекарства и сложнейшие операции.

Примерно это же может случиться с пациентом по имени «Здравоохранение». Как опасается Александр Саверский: «Несистемный подход к медицине разрушителен. Боюсь, что ближайшие пять лет могут стать концом нашего здравоохранения».

Прогноз неутешителен? Но, быть может, если вспомнить сам смысл слова «здравоохранение», вернувшись к понятиям: пациент — а не клиент, медицинская помощь — а не услуга, пока не поздно, вызвать «03» этой системе? И тогда здоровых людей в стране действительно станет больше.

ПОЧЕМУ НЕЛЬЗЯ БЫЛО ПРОВОДИТЬ ОПТИМИЗАЦИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

Улумбекова Гузель

Ректор Высшей школы организации и управления здравоохранением



Оптимизация... многом из-за нее произошло сегодняшнее проблем обострение отечественного здравоохранения. Даже вице-премьер Татьяна Голикова 3 ноября в программе «Москва. Кремль. Путин» на телеканале «Россия-1» констатировала: «Конечно,

во многих регионах оптимизация была проведена неудачно, прямо скажем». Но в чем суть оптимизации и почему она началась?

Оптимизация была проведена согласно распоряжению Правительства РФ от 28.12.12 №2599-р о «дорожных картах». Это распоряжение в свою очередь базировалось на отчете Высшей школы экономики (ВШЭ, рук. С.В. Шишкин). Шесть лет назад, весной 2013 г. мною было подготовлено отрицательное заключение на этот доклад ВШЭ. Соответствующие письма, предупреждающие об опасности оптимизации, направлены в Правительство РФ, Минздрав России, Счетную палату России, Национальную медицинскую палату. Кроме того, я отдельно обратилась с письмами в правительство Москвы — ведь в столице оптимизация приняла значительный масштаб.

В этих письмах было дано научное обоснование тому, что процесс оптимизации необходимо остановить. А средства на повышение оплаты труда медицинского персонала изыскать за счет федерального бюджета, а не сокращения мощностей системы здравоохранения и наращивания платных медицинских услуг.

Хотела бы поделиться краткими положениями этого анализа (опубликовано во 2-м издании монографии «Здравоохранение России. Что надо делать», 2015 г.). Начнем с того, в чем заключались предложения ВШЭ.

Чтобы поднять заработную плату медицинских работников (в соответствии с «майским»

Указом Президента РФ), эксперты Высшей школы экономики вместо обоснования необходимости привлечения дополнительных государственных средств в здравоохранение... предложили изыскать их внутри самой системы. Найти финансирование предполагалось:

- за счет сокращения объемов стационарной и скорой медицинской помощи;
- за счет повышения интенсивности работы койки:
- через закрытие так называемых «неэффективных» медицинских организаций, в т.ч. объединения федеральных МО;
- путем наращивания платных медицинских услуг в государственном секторе.

В докладе ВШЭ даже оценили экономию от этих сокращений: «...экономия от снижения потребности в стационарной помощи... в 2018 г. может составить 17,8 млрд руб. Сокращение потребности в скорой медицинской помощи за счет того же фактора — 14,8 млрд руб. Общий эффект — 32,6 млрд руб.».

Вместо сокращаемых объемов скорой и стационарной помощи специалисты предложили... нарастить объемы профилактической помощи в первичном звене здравоохранения (диспансеризация) и перейти на институт врача общей практики (ВОП).

В чем была ошибочность этих заключений?

Начнем с того, почему нельзя было сокращать объемы стационарной медицинской помощи и коечный фонд.

В нашей стране в 2013 г. объемы стационарной медицинской помощи (т.е. показатель числа госпитализаций) были почти на уровне «новых» стран ЕС. И на 16% ниже, чем в Германии (соответственно — 210, 184 и 251 на 1000 населения в год). По отдельным профилям медицинской помощи (коронарная реваскуляризация, эндопротезирование коленного и тазобедренного сустава, удаление катаракты и др.) — в 3 с лишним раза ниже по сравнению со странами ЕС.

При этом показатели здоровья населения в РФ хуже, чем в обозначенных странах. А значит

и потребность в медицинской помощи — выше! Соответственно, должны быть выше и объемы медицинской помощи.

Сокращение коечного фонда также неоправданно. Обеспеченность им в нашей стране еще в 2013 г. была на 7% ниже, чем в Германии (соответственно — 7,7 и 8,3 на 1000 человек населения). И это при том, что в России больше потоки больных и ниже плотность проживания населения, чем в Германии.

Почему нельзя было наращивать оборот кой-ки?

«Интенсификацию работы койки» можно обеспечить за счет снижения средней длительности пребывания пациента в стационаре и/или за счет увеличения числа дней работы койки в году. Если время пребывания пациента на койке сокращается, то тогда необходимо создать условия для его наблюдения в первичном звене или долечивания на других койках, например, реабилитации, паллиативного лечения, социальных.

Но в первичном звене это сделать было невозможно из-за дефицита кадров. А других видов коек тоже было недостаточно. Так, коек реабилитации в России 2013 г. было в 5,7 раза меньше, по сравнению с «новыми» странами ЕС. Коек длительного ухода (паллиативных и сестринского ухода) — в 3,9 раза меньше. Коек социального ухода — в 3,2 раза меньше.

Работу койки в году в России необходимо не увеличивать, а наоборот, сокращать с рекомендованных Минздравом 322 дней до 310, чтобы избежать инфекционных осложнений. Поскольку в научных исследованиях доказано, что работа койки свыше 310 дней в году приводит к росту инфекционных осложнений в стационаре.

К закрытию медицинских организаций также надо было подходить взвешенно. Здравоохранение — самая чувствительная для населения сфера. Она связана с жизнью и здоровьем граждан, причем за медицинской помощью пациенты обращаются постоянно. Любое сокращение мощностей системы здравоохранения по одному из направлений, например, учреждений в сельской местности, должно обязательно предварительно (а не после сокращения!) сопровождаться предоставлением других, замещающих видов медицинской помощи. Например, врачебной помощи во вновь открытой

амбулатории, сестринского ухода — в соответствующем учреждении. Предоставлением дополнительных лекарств в амбулаторных условиях или стационарной помощи в другом населенном пункте с обеспечением соответствующей транспортной доступности. Всего этого не было предусмотрено и не было сделано.

Что касается развития профилактического направления, то это, конечно, является одной из важнейших задач первичного звена. Но дополнительная нагрузка на медицинский персонал, связанная с проведением диспансеризации, должна была предваряться ликвидацией дефицита кадров. Ведь в России уже 6 лет назад была главная проблема, которая требовала срочного решения, — существенный дефицит медицинских кадров первичного звена. Так, врачей участковой службы было в 1,6 раза меньше необходимого (соответственно — 66,9 вместо 107,6 тыс. чел.). Соответственно, эти врачи обслуживали больший, чем предусмотрено нормативами, поток больных. Любая дополнительная нагрузка в таких условиях могла привести к двум последствиям:

- к проведению диспансеризации формально, «для галочки»;
- и/или к ограничению приема хронически больных пациентов.

Ровно так и произошло — с 2012 по 2018 г. число посещений поликлиник по программе госгарантий сократилось на 12%, соответственно, граждане получили меньше бесплатной медицинской помощи.

ВШЭ предполагала, что «постепенный переход на общеврачебную модель организации участковой службы обеспечит в 2018 г. сокращение числа врачебных посещений на 9,3%, что равносильно экономии 31,7 млрд руб.».

Но возникает вопрос: откуда взять этих самых врачей общей практики (ВОП), которых по расчетам необходимо около 120 тыс. как минимум. Ведь ВОП должен обслуживать меньший по численности населения участок, чем участковый терапевт (соответственно — 1200 и 1700 чел.).

И чтобы привлечь такое количество специалистов, также нужны дополнительные средства, в т.ч. на переподготовку, повышение заработной платы, социальные льготы. Вместе с тем дополнительного финансирования на эти цели предусмотрено не было.

Что касается вывода о возможности снижения числа посещений в поликлинике при переходе на модель ВОП, то этот вывод сделан по ограниченным данным 14-летней давности (эксперимент проводился в Самарской обл.). В странах ЕС, где внедрена модель общей врачебной практики, число посещений врачей в первичном звене составляет 7-8 на 1 чел. в год. В России у пациентов, скорее всего, большая нуждаемость в медицинской помощи, соответственно, и посещений может быть больше. Но даже если предположить, что число посещений когда-нибудь снизится, результат будет отсрочен как минимум на 7–10 лет. А значит в ближайшие годы ожидается не экономия, а, напротив, рост расходов системы здравоохранения на решение проблемы с дефицитом медицинских кадров.

Перевод федеральных медицинских центров в систему ОМС — еще один серьезный просчет. Из доклада ВШЭ: «Существующие ФГУ должны в течение 2014—2016 гг. пройти государственную сертификацию ... ФГУ, не прошедшие такой сертификации, с 2017 г. переводятся на финансирование их основной деятельности из средств только ОМС, и предлагается рассмотреть вопрос о передаче их в государственную собственность субъектов РФ».

Система ОМС в РФ дефицитна. Средств на лечение в соответствии с современными стандартами явно недостаточно... Соответственно, дополнительные расходы в этой системе, связанные с содержанием федеральных учреждений и оказанием ВМП, подвергнут риску как доступность самой высокотехнологичной помощи, так и оказание других видов медицинской помощи, которые финансируются через систему ОМС. Соответственно, это решение тоже неверное.

И, наконец, почему нельзя было перекладывать на плечи пациентов дополнительные расходы на оказание медицинской помощи? ВШЭ

предложено: «содоплата населением медицинской помощи сверх установленных тарифов по Программе государственных гарантий». Вопервых, в РФ в 2013 г. расходы населения на медицинскую помощь и так были высоки — из личных средств граждане РФ тратили 35% от всех расходов на здравоохранение. Для сравнения: в «новых» странах ЕС — в среднем 27%, а в некоторых из них еще меньше — 20. Более того, с 2015 г. реальные доходы большинства наших граждан не росли, соответственно, категорически нельзя было перекладывать на них дополнительные расходы. Что касается введения «содоплаты населением» медицинских услуг, то она применяется в развитых странах с избыточно финансируемым здравоохранением и направлена на снижение потребления медицинской помощи. А у нас другая задача — увеличить объемы бесплатной медицинской помощи для населения (а не наоборот), особенно для мало-

Проблемы оптимизации усугубились еще тем, что ежегодно снижались государственные расходы на здравоохранение. Так, с 2012 по 2018 г. средства бюджетов и ОМС вместе взятые сократились на 4% в ценах 2012 г. При этом государственные расходы на здравоохранение в нашей стране и так недостаточны — в 2012 г. они были в 1,5 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС, близких к России по уровню экономического развития (соответственно — 3,3% и 5,5% ВВП).

Как результат — оптимизация в сочетании с сокращением государственного финансирования здравоохранения на фоне роста потока нуждающихся в медицинской помощи (на 10 миллионов с 2012 по 2018 г.) и снижения реальных доходов граждан привела к тому, что сегодня здравоохранение стало проблемой №1 и для населения, и для медицинских работников.

ПОЛИКЛИНИКА СТАЛА «БРОШЕННЫМ РЕБЕНКОМ» ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шульга Ярослав

Руководитель Бюро медицинского маркетинга «МедКомм»



Очень хотелось бы начать свой комментарий с какого-то положительного момента. Но... Позитивное во всей истории только одно: полный провал оптимизации здраво-охранения наконец-то признан на всех уровнях. И это не сарказм.

Потому как в нашей традиции есть опыт годами превращать нищенские зарплаты медицинского персонала в «среднее арифметическое» с бодрыми рапортами. Выводить специалистов из-под действия майских указов. И прочие нехитрые, но действенные комбинации. Будут ли сделаны какие-то выводы, организационные и кадровые решения?

Это нам только предстоит увидеть.

Давайте коснемся наиболее сложного и насущного вопроса: финансирования. Сегодня вложения государства в здравоохранение составляют 3,7% ВВП. С одной стороны, это больше, чем в ряде развивающихся стран, в т.ч. опережающих Российскую Федерацию по темпам экономического роста. С другой стороны, это меньше, чем траты тех стран, на уровень развития которых мы традиционно «киваем» (и ставим их в пример в самых разных ситуациях).

Более того, 3,7% ВВП — цифры относительные. Их нельзя напрямую сравнить с теми же процентами от ВВП какого-либо развитого европейского государства. Сколько это для конкретного пациента? Результат может очень и очень различаться.

Нужно ли увеличивать государственные расходы на систему здравоохранения? Безусловно. Тем более что в высоких кабинетах именно такое решение и стоит на повестке дня.

Решит ли это все текущие проблемы? Нет.

Проблема не только и не столько в объемах финансирования, сколько в неэффективности расходования бюджетных средств и в весьма критикуемой стратегии оптимизации всей системы здравоохранения. Вливание дополнительных средств необходимо. Но отдельно от кадровых, административных, организационных, управленческих решений не даст эффекта — по крайней мере, значимого. Врач и пациент рискуют этих средств просто не увидеть.

И именно здесь начинается самое интересное. Реализовано сокращение числа ЛПУ и объемов коечного фонда. Сделана ставка на специализированные и высокотехнологические центры. Приняты и воплощены в жизнь ряд иных инициатив. И...

Все эти реализованные решения в рамках реформы системы здравоохранения во многом радикальны. По сути, сдвиги тектонического значения. Такие перемены «не отыгрываются» назад ни быстро, ни безболезненно.

Более того: ни для кого не секрет, что ставка на «высокотехнологичные аспекты» в структуре финансирования здравоохранения вновь оставляет «первичное звено» неким побочным и никому не нужным ребенком. А ведь лечение начинается с поликлиники.

И обратите, пожалуйста, внимание: с середины девяностых и как минимум до конца нулевых — медицинские университеты массово штамповали кадры для фармацевтических компаний. Специалисты, отучившиеся 6–8 лет, молодые доктора, кандидаты наук уходили из медицины в медицинские представители для того, чтобы «продавать» таблетки!

С точки зрения системы подготовки кадров для здравоохранения — это катастрофическая ситуация. Сегодня эта тенденция не так выражена, но ее плоды как раз сегодня мы и пожинаем. Вместе с плодами «оптимизации».

НАМ НЕ ХВАТАЕТ АДЕКВАТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Синотова Светлана

Директор Центра повышения квалификации специалистов ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный химико-фармацевтический университет»



В нашей стране врачи в своей работе сталкиваются с большим количеством сложностей. Одна из основных, на мой взгляд, это неудовлетворительные условия труда, включая материальное стимулирование. Врачи вынуждены совмещать работу, работать на не-

скольких ставках и в разных учреждениях, а также выходить на работу после суточного дежурства. Это приводит к высокому уровню стресса, усталости и, как следствие, к возможным ошибкам в назначениях, к нежеланию подробно обсудить с пациентом схему лечения.

К таким последствиям приводит еще такой факт, как рекомендуемые Минздравом нормативы времени приема, на которые ориентируются уже многие медицинские учреждения. В среднем за 15 мин. врачу необходимо заполнить всю документацию, обследовать пациента и назначить лечение. Этого времени зачастую не хватает, чтобы объяснить пациенту, что же ему вообще назначено. И выясняется это только в аптеке, а вместе с тем выясняется, что такой препарат у пациента уже есть, либо у него аллергия, либо есть явные противопоказания, в случае рецептурного отпуска фармработник не имеет права подобрать какую-то замену и пациент из аптеки уходит неудовлетворенным.

Немаловажен факт, что в России отмечается нехватка медицинских работников. Большие нагрузки приводят к тому, что врачам некогда посещать конференции, читать профессиональную литературу, повышать свою квалификацию. О новых препаратах, нормах отпуска, правилах выписывания рецептов многие врачи узнают не сразу. И это создает проблему для аптеки. Возникают конфликтные ситуации между фармацевтическим работником и пациентом. Далее следуют звонки в поликлинику, разъяснения, ЭТО времени, затягивается во

а страдает в этот момент пациент. Решить все эти вопросы довольно непросто. И решать их нужно на государственном уровне. Молодые специалисты не хотят работать в поликлиниках, зачастую вообще не хотят работать по профессии в России.

Государству необходимо создать такие условия, чтобы врач чувствовал себя уважаемым и социально защищенным, восполнить дефицит кадров, чтобы врачам не приходилось работать на двух-трех работах. Конференции, циклы повышения квалификации, семинары должны быть более качественными и доступными для врачей. Информация о тех или иных препаратах сейчас исходит от представителей фармацевтических компаний, которые доносят неполную или искаженную информацию. Около 40% посетителей аптеки избегают посещения врача. На первое место я бы поставила такие заболевания, как ОРВИ, ОРЗ, грипп. Далее глазные инфекции, конъюнктивиты, покраснение глаз, ушибы, растяжения, головные, зубные боли, а также заболевания в сферах гинекологии и проктологии. К самолечению прибегают:

- из-за нехватки времени посетить врача;
- недоверия к системе здравоохранения;
- неудовлетворенности уровнем медицинского обслуживания (начиная уже от регистратуры), а также сомнения в достаточной квалификации специалиста и в том, что ему действительно помогут.

Доступность квалифицированной медицинской помощи могла бы изменить ситуацию. Всем известны очереди к врачам, прием к специалистам расписан на 2–3 недели вперед, а то и на месяц. Мало кто согласен ждать столько времени, а порой и должен ждать.

Недоверие к врачам формировалось годами, изменить эту ситуацию быстро не получится. Необходимо информировать пациентов о вреде самолечения, проводить качественные профилактические осмотры. Чаще освещать в СМИ результаты исследований и достижений именно российских врачей. Также было бы хорошо взять под контроль информацию в Интернете,

где различные сайты и форумы (которые необходимо просто закрыть!) пестрят обсуждениями того или иного лечения, самолечения, рецептами, консультациями людьми, которые не имеют ничего общего с медициной. Государству нужно подойти более ответственно к подготовке врачей.

Аптека всегда была связующим звеном между пациентом и врачом. И это взаимодействие не всегда эффективно. Фармацевтические работники дают рекомендации пациентам по выбору ЛС, рациональному использованию, побочным эффектам и т.д., выполняя главную функцию — сохранение здоровья пациента. А здоровое население — это ценность любого государства.

Мне кажется, для того чтобы все пациенты получали свои препараты вовремя, нам не хватает адекватного взаимодействия между структурами здравоохранения (кто там ответственный за закупку льготных препаратов) — поликлиниками и аптеками. Было бы удобно, если бы был один единый реестр граждан, куда занесены все льготные категории и перечень назначаемых препаратов. И к этому реестру имели бы доступ и врачи, и аптеки, и ответственные структуры

за закупку и поставки лекарственных средств. Назначая препарат, врач видел бы, что данный препарат есть в аптеке, а комитет по здравоохранению проводил бы адекватные закупки согласно этому реестру.

Думаю, аптека пока не готова участвовать в системе льготного возмещения (страхования). Концепция должна быть доступна и понятна всем участникам системы. А то получится, как с обязательной маркировкой товара. Полная «смута» и никакой ясности.

Что касается мер государственной поддержки, которые могли бы улучшить положение фармацевтических специалистов, — для начала было бы хорошо, если бы аптеку перестали рассматривать как торговую точку. Закрепить участие фармработников в разработке законопроектов и правил, которые касаются лекарственного обеспечения. Увеличить количество бюджетных мест в вузах и колледжах и распределение студентов по местам работы. Необходимы надбавки в ГОБУЗах и для фармработников в части дополнительного отпуска и оклада, как у медицинских работников.

ПРИЕМ ПАЦИЕНТА НУЖНО ОТКРЕПИТЬ ОТ ОМС

Звонков Андрей

Врач скорой и неотложной помощи



В стремлении «улучшить» систему здравоохранения многое делается ради какого-то абстрактного, «среднеарифметического» человека. Причем делается часто бездумно — и страдает уже человек реальный. Например, зарплаты медикам «повышают»... за счет

сокращения ставок. Высвободившиеся средства — на зарплату тем специалистам, которые остались. А они трудятся за двоих (если не за троих). Перегрузки становятся ежедневными... Потом паника — кадров не хватает! Где взять медиков?

Так вы же их сами только что разогнали! Но об этом вспоминать не будем. Это в прошлом. Нужно смотреть в будущее.

Чтобы повысить качество «обслуживания», дадим возможность некомпетентным «потребителям» его оценивать. К сожалению, в новой «системе координат» медицинская помощь — это уже не помощь, а услуга. И пациент превратился в клиента. Но умеет ли он лечить людей? И знает ли, что делать в его ситуации? Зато он может оценить качество труда медика! По-своему оценить, в меру своей «потребительской» компетенции.

Пошел вал жалоб. «Врач не так разговаривал, не то, что я хочу, назначил» и т.п. Для чиновников это — действенный механизм «оптимизации бюджетов». Ведь чем больше жалоб, тем больше штрафов и взысканий. Статья расходов на зарплаты медикам уменьшается существенно. В расчетах вроде бы все сходится, все как запланировано.

А затерроризированные врачи уходят в ведомственные и частные больницы. Опять встает кадровый вопрос.

Периодически «проваливается» первичное обращение пациентов (лето виновато или район такой нехороший). Недобор по статистике. А ведь начальство спускает план! Что же это такое? План по количеству «обслуженных» пациентов на первичном приеме!

МЧС тоже имеет план по пожарам или спасенным?

Качество медицинской подготовки оценивается не по уровню компетентности, не по уровню владения аппаратурой или лечебными методами, а по качеству заполнения медицинской документации! Вплоть до почерка. Да-да!

Это уровень врача? Или писаря штабного?

Так вот, на что нужно обратить внимание в первичном звене?

(Здесь я не говорю об ипотеке врачам и реальном заработке, и не о надбавке за интенсивность к базовой ставке. Как в ФМБА: 15 тыс. руб. ставка и 50 тыс. — за интенсивность, которые могут и не дать. Кстати, в 2011 г. ставка была 5 тыс. руб.).

Первое — нужно открепить прием врача или фельдшера от обязательного медицинского страхования (ОМС). Число обращений нельзя лимитировать снизу (сегодняшний «оплачиваемый минимум»). Нужна оплата за дежурство плюс интенсивность от максимального предела. Например, за 12 час. — 12 человек, а с 13-го включается повышающий коэфициент. Важно установить максимум — в действительности это не более 24 пациентов. Да, можно не платить за отсутствие перевыполнения, но нельзя упрекать и судить о качестве по недовыполнению.

Но минимум не нужен! Допустим в какие-то периоды и 1 человек в сутки. Врач-то сидел на приеме и ждал. И у больных была гарантия, что их ожидает доктор, что при заболевании им помогут.

Такой принцип должен относиться и к скорой и неотложке, и к первичным обращениям.

Второе: нужно укреплять **«Звено поддерж-ки»** — консультативную службу. Не для больных... А для медиков. Как у «скорой» — отправ-ка через Интернет или телефонную линию ЭКГ на «Кардиопульт». Такие дежурные службы должны быть для рентгена, УЗИ... Фельдшер делает УЗИ, а картинка транслируется к специалисту и т.п.

Вот где нужна телемедицина! Не спросить совета у врача по телефону, а в режиме онлайнконференции фельдшер сможет проводить осмотр сложного и далекого (территориально)

пациента — перед консультантами на другом краю света. Берет анализы и обследует сам, или силами оборудования ФАП. И получает компетентные рекомендации по тактике и лечению. При необходимости на основании рекомендаций вызывает спецтранспорт.

Для этого всем ФАПам и районным больницам (от 100 коек до 300) необходим высокоскоростной Интернет и постоянный (!!!) контакт с консультативными центрами и лабораториями (в регионе). Санавиация должна включаться, когда больного **действительно** надо везти, а не просто так — на всякий случай. Когда врачу-хирургу действительно нужно прилететь и прооперировать.

И, конечно, ФАП или больница должны быть готовы к полноценному лечению в ургентных случаях. «Маленькому» медицинскому учреждению необходимы полноценные оперблок и реанимация. Пусть они и будут периодически в законсервированном состоянии, это не страшно.

Страшно, если их не будет. Страшно, если один медик в районе на несколько тысяч жителей

лишен инструментов, приборов и лекарств. Это как пистолет без патронов. Можно использовать только как молоток.

Здесь тот же принцип, что и с приемом врача — медицине нельзя работать на износ ради формальных показателей (по несоответствующим труду медиков тарифам ОМС). Ей нужно быть всегда готовой помочь пациенту. А ОМС должно подключаться уже потом, после выполнения работы и частично или полностью погашать затраты региона или федерального бюджета на медицину. Ведь задача здравоохранения — не рост количества пролеченных «случаев», а профилактика, предотвращение тяжелых и экстренных состояний. Если снова сравнивать с МЧС, то получается: чем больше пожаров, тем лучше?

Да, такова логика сегодняшней системы, в которой вынужден выживать медик. Но измученный доктор, пусть и выполнивший все строго по документам, не всегда сможет действительно вылечить человека.

СКОРОЙ ПОМОЩИ КАК ЭКСТРЕННОЙ СЛУЖБЫ БОЛЬШЕ НЕТ

Беляков Дмитрий

Фельдшер скорой помощи, руководитель независимого профсоюза фельдшеров скорой помощи «Фельдшер.ру»



Да, именно так. Есть отдельные станции «скорой помощи» — каждая работает под началом своей страховой компании. И эта страховая компания диктует, что лечить, чем лечить, как лечить... Она же определяет и условия оплаты труда.

Основной «лечебной книгой» для «скорой помощи» сейчас стал справочник МКБ-10. Статистический справочник, где собраны кодировки всех болезней. И «скорая» по требованию страховой компании должна ставить именно те диагнозы, и именно таким образом, как страховщики отметят по этому справочнику. Выходит, что «03» обязана подогнать диагноз так, чтобы он подпадал под статистические книги. И если страховая посчитает, что кодировка не та, что надо было не так, а по-другому (а правила в этих организациях меняются очень часто, иногда раз в два месяца)... В лучшем случае вызов оплатят частично.

Складывается впечатление, что задача медицинских страховщиков — поймать врача на ошибке, заметить какую-то конкретную фразу и оштрафовать. Поэтому люди вынуждены все подгонять под статистику и ставить те диагнозы, которые требуются.

Например, врач скорой помощи видит на улице лежащего без сознания человека, проводит его осмотр и убеждается, что больной, к счастью, не с инсультом и не в состоянии диабетической комы, а попросту пьян. В такой ситуации ни одна бригада не поставит в карту диагноз «алкогольное опьянение». Почему?

Да потому, что страховая компания считает так: не оказывалась экстренная помощь — значит, эту карту можно не оплачивать.

Врачи или фельдшер осмотрел больного? А это его личные проблемы. Ну и что, что лучше проверить состояние пациента и выяснить, что нет угрозы для жизни, чем оставить без помощи человека с инсультом, приняв его за пьяного?

Приходится работать по тем условиям, которые диктует страховщик. Пьяному пациенту поставят любой диагноз, кроме алкогольного опьянения.

То же самое — с бездомными. Бомж — такой же человек и гражданин, как и все. И он тоже может быть в экстренном состоянии — например, с инфарктом. А врач, по своему профессиональному долгу и статусу, обязан оказать необходимую помощь пациенту, и неважно, есть ли у того жилье и прописка. Но... страховая компания такую карту не оплатит, потому что полиса нет! И виноватым оказывается врач, который спас жизнь этому человеку. Так и с мигрантами, у которых редко когда бывает страховой полис: такие карты страховая компания тоже не оплачивает. Какую-то часть работы «скорой помощи» оплатит местная власть, но это далеко не сто процентов (а иногда и десять). Все остальное полностью вычитается из средств, которые идут на содержание «скорой помощи».

Такая вот «сегрегация» больных, по сути, по их материальному положению... Причем страховая компания требует от скорой помощи максимального количества вызовов. Чем больше, тем лучше! Однако оптимальное количество медицинских работников поддержать не стараются — наоборот.

Страховые компании утверждают, что скорая помощь должна себя окупать — ее и приравняли к обслуживанию. И главная задача — максимально большое количество вызовов, чтобы страховщик мог потребовать у государства деньги. Видите, мы сделали в этом году миллион вызовов, а в следующем — сделаем миллион пятьсот! Получается, кому-то выгодно, чтобы было больше инфарктов и аварий?

У меня одно из образований — экономическое. Могу сказать как специалист: скорая помощь априори не может зарабатывать деньги. Ее цели, ее структура не приспособлены для этого. И если с «03» требовать такие вещи — значит, кто-то «зарабатывает» лично себе. И в ущерб государству.

Но если не сокращать врачей, то им нужно платить. А это дорого. Потому на «скорой помощи» значительную часть врачей заменили медсестрами. И сейчас бригада, состоящая из фельдшера и медсестры (а то и из одного специалиста), в порядке вещей. Во всех городах и весях нашей страны.

Массовые сокращения идут в течение последних трех лет. Массовое уничтожение спецбригад — реанимационных, неврологических, кардиологических, психиатрических... Фактически идет геноцид — уничтожение населения под видом оптимизации здравоохранения. Возьмем для примера психиатрию. Сокращение психиатрических коек, закрытие психиатрических диспансеров (при этом «оптимизация» мотивировалась тем, что больному помогут жить в социуме, и именно диспансер окажет ему помощь). Даже не сокращение, а уничтожение мест, где могли работать такие больные, — тех же мастерских. Сейчас психиатрических бригад «03» настолько мало, что больных их профиля возят бригады... линейные, иногда состоящие из одного человека.

Но, во-первых, линейная бригада не имеет права ставить психиатрический диагноз и за подобное она сразу штрафуется. Во-вторых, обычной «скорой» нельзя ограничивать свободу движения больного, поэтому нужно вызывать полицию, которая тоже не всегда может прибыть срочно (там тоже прошли сокращения). И все равно от нас требуют, чтобы линейная бригада возила психиатрических пациентов.

Сам буквально на днях вез психиатрического больного, потому что в Московской обл.

профильных бригад поблизости не было. На огромный мегаполис, каким является столица, — психбригад осталось одиннадцать.

К сожалению, у нас уже нет здравоохранения как системы — только отдельные учреждения. И каждое крутится вокруг своей страховой компании, выполняя лишь ее требования. И если психбольница относится к одной страховой компании, а психдиспансер к другой — все!

Врачи совершенно не защищены законодательно! Вот был случай: в детскую поликлинику пришла полиция и арестовала участкового врача. Педиатр спросила: за что? А ей сказали: вы знаете, что у вас на участке умерла девочка? Девочка, которую ни разу не приводили в поликлинику, которую совершенно не знал участковый врач.

В чем здесь вина доктора? Она должна ходить по всем квартирам и спрашивать, есть ли в семье маленькие дети?

А дефицит кадров остается страшным. Настолько страшным, что даже министр здравоохранения уже заявила: пора выписывать врачей из-за границы и упрощать им получение гражданства, чтобы они лечили. Но вы понимаете, что врачи поедут к нам не из Германии, не из Италии, и даже не из Новой Зеландии?

Врачи поедут из тех стран, где готовы жить так же, как наши «устроители дорог». В вагончиках по 40 человек. Поэтому на одну зарплату врача проще содержать пятерых докторов-мигрантов, чем одного доктора из России.

Неужели это выход? По сути, всю медицину приравняли к обслуживающему персоналу: она фактически отдана в руки частных лиц — владельцев компаний-страховщиков. А необходимость этих компаний — под большим вопросом. У нас они стали посредниками не между больным и медицинским учреждением, а между врачом и его зарплатой. Никакого отношения к охране здоровья их деятельность не имеет, ее цель иная — максимально быстро получить деньги.

ПОМОЧЬ МЕДИЦИНЕ МОЖЕТ... АПТЕКА

Гридякин Владимир

Генеральный директор ООО «Альянс-Фарм», врач-психиатр высшей категории



Заходишь в поликлинику, а она полностью пуста. Наверное, потому, что запись (например, к врачу-кардиологу) идет за полторы недели. А если пациент не смог прийти — был экстренно госпитализирован, болеет с высокой температурой и т.д. и т.п.

— врач не может принять другого больного. Ведь возможности записи уже нет. Нет и живой очереди. И доктор, который мог бы оказать помощь, вынужден сидеть в ожидании: в течение дня не приходит около 30% пациентов (Это можно понять и по числу посетителей аптеки, занимающихся самолечением.)

А пациенты хотят обратиться к врачу, но не могут. Потому что нужно еще записаться и ждать, в лучшем случае, дней десять. Потому что не хватает специалистов, а те, что есть, не всегда компетентны. И не всегда виноваты в пробелах своего образования. Институт врачей-наставников для молодых специалистов внедрять просто необходимо, параллельно решая проблему дефицита кадров.

Медицинские и фармацевтические профессии — все, которые связаны с помощью пациентам, — нужно поднимать. И поднимать срочно. Радикальные решения привели к грустной и опасной ситуации. Раньше люди могли прийти за помощью, и если кто-то не пришел, в очередь садился другой. И врач был при деле, и все успевал.

Все поменялось. Даже в провинции. Как уже сказал, к врачам-специалистам не приходят 30% пациентов. А то и больше. Надо решать этот вопрос и постараться наладить связь между помощью медицинской и фармацевтической. Справиться с последствиями реформ может помочь аптека. Как именно?

В каждой аптеке есть статистика реализованных лекарственных препаратов (и она была даже при отсутствии маркировки). Но эта

статистика, к сожалению, не нужна и не интересна организаторам здравоохранения на местах. А ведь и примерная заболеваемость, и востребованность определенных групп лекарств, т.е. помощи врачей определенных специальностей, может помочь запланировать необходимое количество аптек, а также фармацевтических и медицинских работников.

В советское время был норматив по количеству аптечных организаций. Что-то подобное необходимо и сейчас: ведь если мы, в нашем городе или поселке, стали «съедать» больше лекарств, значит, и лечение требуется людям чаще. Пусть остаются коммерческие аптеки, пусть соотношение аптек частных и государственных будет 50 на 50, но планирование необходимо. Иначе... все мы наблюдаем ситуацию, когда аптеки соревнуются. Соревнуются не всегда порядочным образом. Рынок — это рынок.

Поэтому организация помощи пациенту (медицинской и фармацевтической помощи) должна быть предметом особого внимания местных властей. Муниципалитетам нужно поддерживать создание не только общих, но и профильных аптек. Например, диабетических. Или по профилю «травматология и ортопедия». Тогда медицинская помощь станет качественнее. Ведь необходимые лекарства будут доступнее для больного, врач-специалист просто направит его в профильную аптечную организацию. А конкуренция между аптеками станет более здоровой, что тоже немаловажно для пациента.

А что сейчас? Рабочие места порой получают совсем не фармацевты. Во многих новых аптеках фармспециалистов попросту нет.

Первым шагом в решении вопроса могли бы стать совещания аптечных руководителей с заместителем главного врача местной поликлиники. Проводить их нужно еженедельно, непосредственно в ЛПУ. Можно пригласить и фармпредставителей — зачем бегать по аптекам, если можно рассказать о новом препарате всем заведующим одновременно?

Главное, чтобы специалисты из аптек присутствовали на таких совещаниях. Чтобы вся система работала слаженно в тесном взаимодействии

«медицина — фармация». Пусть фармдеятельность сегодня — это бизнес, но бизнес должен максимально отвечать интересам граждан.

А еще представителям мед- и фармпрофессий необходимы социальные льготы и специальное страхование. Как сказал Президент: работаете с людьми, значит, риски есть. Нужны страховые компании, которые будут страховать всех медицинских и фармацевтических работников. В той же аптеке сотрудник постоянно общается с людьми, которые болеют и не ходят в поликлинику. Зная, что к врачу не записаться, идут сразу в аптеку. А это любые инфекции, которые могут передаваться воздушно-капельным путем.

Еще один «уровень заброшенности» — граница между фармацевтом и провизором. Она

ведь вообще стерлась. До нее никому нет дела, а ведь это специалисты с различными знаниями и различными функциями!

Фармацевта даже не включили в программу всемирного конкурса World Skills. Там соревнуются представители множества рабочих (т.е. со средним специальным образованием) профессий — даже по уходу за больными. А фармацевтов нет!

Компетенция «Фармация» на этом международном конкурсе просто необходима. Такие, казалось бы, маленькие шаги, помогают вернуть уважение к профессии, а значит и вернуться к решению ее главных вопросов.

БОЛЕВЫЕ ТОЧКИ — **ПРЕСТИЖ ПРОФЕССИИ** И ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ

Кажберова Варвара

Директор Медиаинститута общественного здоровья



Прежде всего, нужно сделать профессию врача престижной. К сожалению, это все сложнее, особенно введением уголовной ответственности врача. Уже известно, что медицинские работники массово уходят из профессии. И больше всего

пострадают от этого, очевидно, сельские районы

По-видимому, нужна целая государственная программа поддержки медицинских специалистов. На всех этапах их профессионального роста начиная с того дня, когда они стали студентами колледжа или вуза. Программа с понятными ценностями, ощутимыми льготами при обучении, защитой от непредвиденных ситуаций, в т.ч. защитой юридической, социальной, экономической. Возможно, это мог бы быть специальный фонд.

Но все это невозможно, пока общество относится к врачу так, как сейчас. И СМИ играют здесь очень большую роль. Именно поэтому сейчас мы разрабатываем этический кодекс

журналиста, который освещает темы, касающиеся здоровья.

Огромная проблема именно в отношениях «врач — пациент». Пока она не решена, даже экономические меры не смогут быть достаточно действенными. Необходимо действовать комплексно, защищая медицинского специалиста, создавая ему условия для работы и достойной жизни и одновременно перестраивая привычные схемы взаимодействия с пациентом.

На мой взгляд, как раз по этой причине диспансеризация не так эффективна, как могла бы быть. Люди стараются лишний раз не сталкиваться с системой здравоохранения и потому не мотивированы проходить обследования, следить за здоровьем...

И дело не только в том, что, мол, «у русского человека такой менталитет». Уже выросло по-коление совершенно других людей: они следят за последними тенденциями ЗОЖ, готовят еду из тщательно отобранных продуктов, контролируют вес и уровень активности. И эти граждане нового поколения пошли бы на обследования, если бы эти обследования были более «человечными».

Тут могла бы быть целая индустрия понятных, доступных, грамотных «проверок». Но ее

пока нет. Вернее, есть крайности: от сложной, тяжеловесной и трудоемкой диспансеризации в поликлинике до непрозрачных обследований в частных медорганизациях за огромные деньги. Есть центры здоровья, но о них, к сожалению, мало кто знает.

На мой взгляд, первые шаги к решению нашей проблемы нужны такие:

- сделать прозрачными, понятными и «человечными» алгоритмы обследований, а также маршрутизации действий, если выявлено заболевание;
- сделать отношения «врач пациент» качественно другими. Причем с двух сторон не только с позиции врача, но и с позиции пациента. Хотя у врача, конечно, ответственность намного больше.

Ничего не изменится без перемен в системе отношений «врач — пациент». А ведь именно это — главное. Именно это запоминается в первую очередь, по принципу «театр начинается с вешалки». Но... требует меньше всего вложений. Напротив, можно вложить много средств в оборудование, помещения, образование врачей, но без ориентации на пациента все это будет замкнутой «вещью в себе».

Как изменить отношение к пациенту?

Существует много тренингов, методик, систем мотивации, но, на мой взгляд, это по-прежнему факультативно и носит «декоративную» функцию. Скорее, нужно включить медицинскую психологию в систему образования врачей как обязательную дисциплину. А в системе НМО — присваивать баллы за освоение пациентоориентированных методик.

Учебный процесс — очень важная, но все же часть необходимых мер: ведь проблемы взаимодействия пациента и доктора — во многом результат незащищенности специалистов, их трудного материального и юридического положения. Как заметила чуть раньше, проблемы таковы, что идет массовый исход врачей из профессии... А ведь это — наше с вами будущее.

В области фармацевтической помощи, насколько я знаю, сейчас возлагаются большие надежды на системы пилотного лекобеспечения. Они дают возможность проверить новые схемы в рамках целого региона и очень помогают понять основные «болевые точки», системные взаимосвязи, принципы действия. Если проект проявил себя успешно, его можно «тиражировать» на другие области, края, республики... А впоследствии — и на всю страну.

Помимо конкретной фармацевтической помощи, реальных эффектов, такие проекты очень полезны своей близостью к пациенту. Они «теплее» и ближе, чем многие абстрактные общефедеральные (о которых зачастую даже никто не знает, а иногда лишний раз и не информируют). С другой стороны, есть и проблемы: известно, например, что по возможности при лекарственном возмещении люди часто забирают деньги, на которые покупаются совсем не лекарства. А значит нужно предусмотреть и эти варианты (но без «закручивания гаек»!). Проекты лекарственного обеспечения должны быть априори полезными для пациента, но полезными именно для его здоровья.

НА ВЕСЬ РАЙОН ОСТАЛОСЬЧЕТЫРЕ МАШИНЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Лебедь Раиса

Собственник аптечной сети «Доктор Пилюлькин» (Краснодарский край)



Самое главное в работе врача сейчас — это не пациент, а заполнение различных формуляров. На больного отводится время приема у терапевта — 15 мин., у невролога — 22. Непосредственно на работу с пациентом у врача остается треть от этого време-

ни. Остальное уходит на заполнение бумаг. При этом — острая нехватка специалистов.

Наша Запорожская врачебная амбулатория принимает порядка 8 тыс. жителей. По нормативам должен быть один терапевт на 1700 человек. А у нас он один!!!

По плану терапевт должен принять 20–25 человек в день. Но в действительности — это 30 как минимум, а то и все 40. При такой интенсивности работы выдерживать качество медицинской помощи, согласитесь, сложно. На весь наш сельский округ в данный момент трудятся:

- один терапевт;
- один педиатр;
- один гинеколог;
- невролог на 1/2 ставки;
- один стоматолог;
- процедурный кабинет.
 Всё!

Отделение дневного стационара (на 2 койки) не работает. Нет процедурной медсестры. Если человеку необходимо провести лечение внутривенными капельными вливаниями, приходится ложиться в стационар ЦРБ, а это 50 км от нас.

Когда-то у нас была отличная больница на 75 коек, в два этажа. А теперь — или в Темрюк, или «капаются» на дому кто как может.

На станции скорой помощи в Темрюке осталось 4 машины на весь район, а он у нас немалый по расстояниям. А если учесть, что ближайший сосудистый центр в Анапе, а сердечный

— в Новороссийске... Когда у больного инсульт (или инфаркт), то при вызове «скорую» ждать не менее двух часов. И больше.

Так теряются эти три золотых часа, при которых можно помочь человеку. А если вдруг аллергическая реакция? Можно просто не успеть!

Амбулатория закрывается в три часа дня, а потом каждый спасается как может.

В Темрюке ситуация такая же плачевная. И в поликлинике, и в ЦРБ не хватает врачей и среднего медперсонала. Вся причина — как и везде, в зарплате. Девушка — молодой специалист после медицинского колледжа при попытке устроиться на работу услышала: зарплата около 10 тыс. руб. А ей еще нужно ездить из района, т.е. сама дорога и ее оплата. Теперь человек ищет работу не по специальности.

Таковы реалии нашей жизни в глубинке. Поэтому, естественно, много больных за лечением и консультацией идут в аптеку. Ведь на прием к врачу попасть просто невозможно. Фармацевты моего предприятия оказывают при этом посильную помощь. Но что касается сердечно-сосудистых препаратов, антибиотиков, гормонов и т.д. — это, конечно, только при наличии рецепта или выписки от лечащего врача. Мы рекомендуем все же постараться попасть к нему.

Насчет роли аптеки в системе здравоохранения... По-моему, об этом уже поздно говорить в свете принимаемых решений. Аптеки просто добивают. Изменение налогового режима, а главное — дистанционная продажа лекарств — превращает фармацию в не столь важный субъект помощи больному. Почитал он в Интернете про свою болезнь, сам себе назначил, сам себе выписал, сам там же заказал — и давай лечиться. Что с чем сочетается? Как правильно применять и как хранить? Какими могут быть осложнения? Все это теперь — самостоятельные действия.

По поводу лекарственного страхования... Почему бы и нет? Если, конечно, сможем удержаться до того времени на плаву. А вот фонды ОМС вообще стоило бы закрыть. Бесполезные организации, поглощающие огромные средства и мешающие работе врачей.

Лучше бы эти средства отправили на зарплату медработников. И на их господдержку — помощь с жильем на селе и компенсацию по оплате

ЖКХ (что тоже важно в сельских районах). Такая поддержка необходима и фармспециалистам в малых населенных пунктах. Помочь сохранить там медицинскую и фармацевтическую помощь — жизненно важно.

ЗА МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ ДОЛЖЕН ОТВЕЧАТЬ И МУНИЦИПАЛИТЕТ

Лесков Иван Врач-оториноларинголог



Привлечение специалистов не должно зацикливаться на одной лишь заработной плате. (Да и сама зарплата должна состоять не из стимулирующих плюс оклада, а являться фиксированной.) Для врача очень важна возможность повышения квалификации. Что это означает?

Стажировки должны быть, во-первых, за счет работодателя. А во-вторых, обязательными должны стать стажировки за границей. Причем для всех специальностей и для всех звеньев оказания медицинской помощи. Так, на такие стажировки врачи из сельских ФАПов и врачи из университетских клиник должны ездить с одинаковой частотой.

Что касается финансирования собственно медицинских учреждений, оно должно производиться на основе сметы. Главный врач составляет смету, сколько ему потребуется финансовых вложений, например, на следующий квартал:

- на ремонт/замену оборудования;
- на обеспечение медикаментами;
- на новые кровати, тумбочки и т.д.;
- на текущий ремонт и т.п.

Если главврачу отказывают — ответственность за состояние больницы автоматически ложится на минздрав. А еще лучше — и на минздрав, и на руководство территориального образования (мэрию города или администрацию области).

Ответственность за обеспечение кадрами также должен нести не только главврач. Но

и глава территориального образования — кто, кроме него, может обеспечить врачей и медсестер жильем?

Сверхдоступных специалистов, как в советские времена, сейчас уже не будет. Это невозможно физически. Поэтому большую часть ситуаций должны уметь разрешить врачи первичного звена, те же терапевты и педиатры. На практике это означает: такой доктор должен уметь оказывать помощь в рамках, описанных, например, в руководстве для врачей общей практики по Джону Нобелю (было такое издание в середине 2000-х).

Но это не значит, что врачей-специалистов достаточно и что над кадровым вопросом для кардиологов, неврологов и др. работать нет необходимости. Терапевт или педиатр может быть помощником специалиста, но не его заменой «на все случаи жизни».

Что касается лекарственного обеспечения: его должна покрывать страховка как государственная, так и частная (например, государственная может распространяться только на детей и пенсионеров, но платят за нее все, частную страховку обязаны покупать работающие граждане). Однако должна быть предоставлена возможность покупки лекарств по рецепту врача с частичной оплатой стоимости лекарств и покупка препаратов за полную стоимость, в случае если она осуществляется без рецепта.

При этом полный запрет на покупку лекарств без рецепта должен касаться только средств, имеющих исключительно психотропное действие. (Пример: антидепрессанты — только по рецепту врача, обезболивающие препараты — по заключению от врача, остальные — просто по просьбе пациента.)

БЕГСТВО В САМОЛЕЧЕНИЕ,ИЛИ ПОЧЕМУ КРАЙНИМИ СТАЛИ АПТЕКИ

Любимов Дмитрий

Генеральный директор ООО «Муромские Аптеки» (Владимирская обл.)



Проблемы поликлиники существенно отражаются на взаимоотношениях фармацевтов и пациентов. Выписываются рецепты очень редко — в основном на обычной бумажке. А по МНН выписка еще реже. То, что нравится врачу, и то, как он оценивает (часто в прямом

смысле) пациента, то и назначает. Иногда даже без дозировки записывает, с формулировкой — «в аптеке спросите». Нам с такими бумажками часто приходится сталкиваться... Предложение аналогов МНН (даже в меньшую по цене сторону) воспринимается посетителями часто «в штыки». Противопоказаний тоже не сообщают: люди спрашивают и удивляются.

У врачей нет времени на пациента. Только если это серьезное заболевание и дорогое (платное) лечение, тогда пациент уже понимает, что он будет принимать, в какой бюджет и какие есть аналоги. Пациенты от такой «медицинской помощи» начинают заниматься самолечением. А потом возникают вопросы о лекарствах, которые не помогают и в итоге считаются поддельными. «Крайними» становятся аптеки. Весь негатив, который накапливается в поликлиниках и больницах, в очередях (т.к. электронная запись с талонами где-то уже есть, но принимают все равно по живой очереди), когда за 15 мин. приема пациента толком даже не выслушивают, выливается на «злобных аптекарей», которые еще и втридорога денег просят за лекарства. Вот и переходим к следующему вопросу.

Самолечением в России занимаются более половины населения. В регионах, где более

серьезны проблемы с оказанием медицинской помощи, доля таких пациентов выше. Повлиять на эту ситуацию единомоментно нельзя — это стало уже образом мышления и поведения для многих. Люди пытаются избежать мест, где им не комфортно и где они испытывают стресс. В нашем случае — тянут до вызова скорой помощи.

На мой взгляд, «задел» этот начат на уровне государства. Создаются частные клиники, но по-ка там, в основном, принимают те же врачи из поликлиник (или больниц), причем в последних из-за этого — дефицит специалистов. Соответственно, люди вынуждены идти на прием за деньги, в частные заведения.

Вот когда в стране пациенты пойдут по своему выбору, а не от безысходности, в медицинские учреждения, когда будет дефицит пациентов, а не специалистов, и человек станет не способом разового зарабатывания денег, а долгожданным и уважаемым... Вот тогда доля самолечения будет маленькой. И останется только в группах «ответственного самолечения». Что подразумевает «разумное применение пациентом, лекарственных средств, находящихся в свободной продаже, с целью профилактики или лечения легких расстройств здоровья до оказания профессиональной врачебной помощи». Считаю, что социальная реклама на эту тему должна быть по сезону и повсеместно. Нужно объяснять всем гражданам, при каких симптомах можно ответственно «самолечиться».

Сегодня же люди пытаются (часто вынужденно) лечиться сами от всех заболеваний. По данным ВЦИОМ, самые массовые виды самолечения — от насморка и боли в горле, головной боли. Еще можно отнести к ним кашель, изжогу, повышенную температуру, нарушение пищеварения, боль в суставах.

ПРОБЛЕМЫ 2019-го ОЧЕНЬ ПОХОЖИ НА ПРОБЛЕМЫ 2005-го

Зыкова Надежда

Врач-невролог



Годы идут, а список проблем здравоохранения — увы, не особо меняется. Когда в 2005 г. (четырнадцать лет назад!) начинались национальные проекты, в числе главных трудностей официально значились такие:

- укомплектованность поликлиник врачами составляет 56%, коэффициент совместительства 1,45;
- 30% врачей участковой службы не проходили специализацию более 5 лет;
- износ медицинского оборудования, санитарного автотранспорта 65%;
- оснащенность медицинских учреждений диагностическим оборудованием недостаточна, что значительно увеличивает срок ожидания диагностических исследований;
- удовлетворение потребности населения в дорогостоящих (высокотехнологичных) видах медицинской помощи составляет 17–22,5%. Финансирование оказания дорогостоящих (высокотехнологичных) видов медицинской помощи около 30% от необходимого объема;
- недостаточное финансирование национального календаря прививок (1,8 млрд руб.) в части вакцинации против гепатита В, краснухи и полиомиелита для детей группы риска;
- недостаточное финансирование мер по пропаганде здорового образа жизни — 15% от потребности.

Согласитесь, многое из этого списка знакомо? Однако основные результаты нацпроектов 2005 г. должны были быть такими:

- повышение престижа труда медицинских работников первичного звена здравоохранения, в участковую службу должны прийти молодые квалифицированные специалисты;
- первичная медицинская помощь станет более доступной и качественной;
- повысится квалификация участковых врачей (13 848 переподготовленных специалистов за два года);

- амбулаторно-поликлинические учреждения будут оснащены необходимым диагностическим оборудованием, а значит снизятся сроки ожидания диагностических исследований;
- в регионы будут поставлены 12 120 новых машин «скорой помощи», вследствие чего повысится оперативность работы службы «скорой помощи»;
- будет организована дополнительная бесплатная иммунизация населения;
- будет организовано массовое обследование новорожденных детей на наследственные заболевания;
- благодаря строительству новых медицинских центров снизятся сроки ожидания и повысится доступность дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи, особенно для жителей удаленных районов;
- будет обеспечена прозрачность очереди на получение высокотехнологичной помощи за счет введения системы «листов ожидания».

Так считали организаторы здравоохранения. Врачи же думали иначе: одна из основных проблем (как это ни парадоксально прозвучит) — полное отсутствие гласности. Сколько получали врачи? Сколько стоит лечение одного больного? Сколько стоит 1 посещение в поликлинике?

Тайна за семью печатями.

Другой основной проблемой врачи считали приписки и таким же образом оформленные отчеты. Но прислушались ли к мнению специалистов?

Напомню, что среди первых документов, подписанных президентом Владимиром Путиным сразу после инаугурации в 2012 г., оказался и Указ «О совершенствовании государственной политики в области здравоохранения».

В Указе правительству, органам исполнительной власти регионов, профессиональному сообществу и общественным объединениям поставлены конкретные задачи в сфере здравоохранения. Какие же это задачи?

Значительное снижение смертности от болезней кровообращения, новообразований, туберкулеза и травм. Снижение младенческой смертности. Задачи по развитию медицинской науки и подготовке медицинских кадров. Задачи по формированию здорового образа жизни и защите населения от вредного воздействия курения (здесь, по крайней мере, многое реализовано). Задачи по разработке плана мероприятий в области здорового питания и других аспектов государственной политики в сфере здравоохранения.

Однако вспоминаются слова министра здравоохранения **Вероники Скворцовой** в том же 2012 г., когда начинались уже не нацпроекты, а оптимизация здравоохранения: «На самом деле здравоохранение оставляет желать лучшего. Существует четыре серьезных блоков проблем.

Во-первых, инфраструктура — устаревшая, обнищавшая, с большим уровнем физического износа. Несмотря на вложенное беспрецедентное количество средств и проведенные мероприятия по капитальному ремонту медучреждений, полностью износ мы не сняли.... На конец 2012 г. почти 17% учреждений требуют капремонта и почти 41% — комплексного переоснащения.

Второе, безусловно, кадры. Низкий уровень медицинского образования, отсутствие эффективной системы непрерывного образования, дисбаланс в распределении кадров в отрасли: первичное звено, стационарное.

К сложностям в функционировании отрасли приводит также отсутствие единых национальных клинических протоколов».

И самый главный вопрос, который был в 2005-м и поднялся на пик острия в 2012-м и сегодня в 2019-м — кадры. Кадры, которые стареют и умирают, заболевают или беременеют и уходят в частную медицину. А последние лет семь — еще и «оптимизируются». Кадры, которые «тормозят» всю блистательную работу по оптимизации здравоохранения... Кадры, нехватку которых пытаются объяснить перерасчетом на душу населения всех, кто носит белый халат и когда-нибудь учился в медвузе или медучилище! Даже если это врач-статистик, который последний раз видел пациента на 6-м курсе вуза.

У нас совместительство — самая большая проблема в кадровом кризисе. А «мертвые души» для ОМС, в которое погрузили уже и «скорую», и федеральные медицинские центры? Решена ли эта проблема?

Ох уж эти кадры. Которых с каждым годом не хватает все больше и больше...

Но если оставить сарказм — что же делать, пока медицинская помощь окончательно не канула в Лету?



ГЛАВНЫМ ДОСТОИНСТВОМ АПТЕКИ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПЕРСОНАЛ

Районы Измайлово и Восточное Измайлово — в составе Восточного административного округа Москвы — располагаются по соседству; Первомайская ул. и параллельные ей Нижняя и Верхняя Первомайские ул. делят их на неравные доли.

Историк-москвовед П.В. Сытин считает начальной датой основания Измайлово 1389 г. Со времен Ивана Грозного земли, где в настоящее время находится район, были вотчиной бояр Романовых, с 1654 г. они стали загородной резиденцией царской семьи. Из диковинок того далекого времени стоит отметить первое в те времена тепличное хозяйство. Кирпичные теплицы длиной 30 метров, шириной — 10 метров и высотой — 5 метров, отапливались дровами, печи находились в ямах, ниже уровня пола; имелись пасеки. В Измайлово впервые стали разводить лекарственные травы, возникло аптекарское дело, был основан Ботанический сад.

Вторая пора расцвета села Измайлово началась во второй половине XIX в., когда возникла Измайловская ткацкая мануфактура. Одновременно создавались текстильные, красильные и пошивочные мастерские. Лен, производимый местными мастерами, в значительном объеме шел на экспорт.

В 1932–1939 гг. большая часть территории района была включена в состав Москвы, о чем свидетельствуют карты того времени. С 1944 г. началась застройка Первомайской ул. и прилегающих участков — Измайловского просп., Измайловского пр-да, Измайловского бульв. Послевоенное строительство в Измайлово осуществлялось силами немецких и румынских военнопленных. В 1960 гг. завершился процесс присоединения Измайлово к столице, Восточное Измайлово окончательно вошло в черту города в 1995 г.

На гербе Измайлово имеется указание на его историческое прошлое: красный грифон символизирует расположение на местных землях царской резиденции, зеленая виноградная ветвь привлекает внимание к сельскохозяйственным экспериментам, которые проводились при активном попечительстве Романовых, ботик в голубом поле — воплощает превращение России в морскую державу.

На гербе Восточного Измайлово присутствует серебряная сова как символ мудрости, она свидетельствует о расположении в районе множества научно-исследовательских учреждений, а также Измайловского лесопарка и красивейшего Сиреневого бульв.

Площадь района Измайлово составляет 15,24 кв. км, Восточного Измайлово — 3,849 кв. км. Более высокое развитие инфраструктуры наблюдается в первом исследуемом районе, там в три раза выше плотность жилого фонда 2038/706,57 тыс. кв. м.

Микрорайоны со старыми пятиэтажками расположены в основном вдоль Парковых улиц. Население обоих районов насчитывает около 186 тыс. чел. (в Восточном Измайлово — чуть более 78 тыс. чел. по данным 2019 г.).

Исследованы 39 аптечных предприятий (29 — в Измайлово, 10 — в Восточном Измайлово):

OOO «Аптека-А.В.Е.» — AC «Гор3драв»: АП №369 (3-я Парковая ул., д. 33), АП №676 (9-я Парковая ул., д. 32), АП №712 (Сиреневый бульв., д. 32), АП №1172 (ул. Первомайская, д. 9), АП №1173 (Измайловский бульв., д. 38);

ООО «Нео-фарм» — АС «Аптеки «Столички»: АП №306 (9-я Парковая ул., д. 25), АП №18 (3-я Парковая ул., д. 8/19), АП №368 (ул. Ткацкая, д. 43), АП №552 (ул. Нижняя Первомайская, д. 42);

ООО «Аптечная сеть 03»: АП №1280 АС «Живика» (ул. Первомайская, д. 35/8), аптека №62 АС «Ригла» (ул. Первомайская, д. 91/19), АП «Проаптека» (Окружной пр-д, д. 9, стр. 2);

АС «Планета здоровья»: аптека ООО «Парацельс» (9-я Парковая ул., д. 27), АП ООО «Парацельс» (Сиреневый бульв., д. 12), аптека ООО «НПО Рэйл» (ул. Первомайская, д. 81);

аптека ООО «Авиценна Фарма» (ул. Нижняя Первомайская, д. 46), аптека ООО «Авиценна Фарма №3» (ул. Нижняя Первомайская, д. 77), аптека ООО «Фармэс» (9-я Парковая ул., д. 18), аптека ООО «Фармэс» (3-я Парковая ул., д. 6), аптека №33 АС «Аптеки Столицы» ГБУ «ЦЛО ДЗМ» (5-я Парковая ул., д. 52), аптека ООО «Поларт-Фарм» (ул. Первомайская, д. 81), аптека «Ника» ООО «Мосфарма» (3-я Парковая ул., д. 4), аптека ООО «Ева-траст» (Измайловское ш., д. 10), аптека ООО «Выбор» (Заводской пр-д, д. 23), аптека ООО «Торгфарм» (ул. Первомайская, д. 42, корп. 3), аптека ООО «М324» (ул. Первомайская, д. 44/20), аптека ООО «Интерпром-юг» (ул. Никитинская, д. 8, корп. 1), аптека ООО «Аптекарь» (9-я Парковая ул., д. 25), аптека ООО «Мелодия здоровья» (15-я Парковая ул., д. 20), аптека 000 «Сто лет» (15-я Парковая ул., д. 10), аптека OOO Redapteka (ул. Нижняя Первомайская, д. 66), аптека ООО «Джайт» (ул. Первомайская, д. 80), аптека ООО «Аптека АЗ» (ул. Первомайская, д. 73), аптека ООО «Ева-фарм» (Измайловское ш., д. 71, корп. А);

АП №1247 АС «А5» ООО «Мега-Фарм» (Измайловский бульв., д. 55), АП ООО «Век живи» (2-я Прядильная ул., д. 4), АП ООО «Дежурная аптека №1» (Измайловский просп., д. 63, стр. 2), АП №29 АС «Ваша №1» ООО «Аптека-Риэлти» (3-я Парковая ул., д. 24), АП ООО «Фармация» (ул. Первомайская, д. 42).

В исследовании приняли участие 230 человек, из них 80% — местные жители (женщины составляют 3/4 от общего числа респондентов). Возрастные категории разделились так: представители группы от 55 и старше — 45%, среднего возраста — 40%, молодежи до 27 лет — 15%.

ФАКТОР УСПЕХА аптечных предприятий

МЕСТОРАСПОЛОЖЕНИЕ

Важно для 44 человек.

Большая часть аптечных предприятий занимает помещения на первых этажах жилых домов, по соседству с торговыми точками. При распределении по району используется принцип локализации у станции метро, что вполне объяснимо с точки зрения бизнеса, но не устраивает жителей окраин.

«У нас совсем недавно закрылась аптека на 1-й Парковой, рядом с колледжем информационных технологий. По словам фармацевта, из-за высокой стоимости аренды. Хорошо, что поблизости остались «Живика» и аптека в ТЦ «Парагон». На мой взгляд, при непредсказуемости современной жизни, когда тебе никто ничего не гарантирует, аптек должно становиться больше, чтобы у покупателей был выбор», — считает Лариса Р., мама, одна воспитывающая ребенка, 34 лет.

Больше всего аптечных предприятий находится, конечно, на главной магистрали сразу двух районов — на Первомайской ул. (9), инфраструктура здесь развита более всего, т.к. ориентирована на большой пешеходный поток. Замечено, что аптечные предприятия сетей «ГорЗдрав», «Аптеки «Столички», «Планета здоровья» более равномерно распределились по территории районов. А аптечные предприятия учредителей, например, ООО «Мосфарма», ООО «Авиценна Фарма», ООО «Век живи», заняли свою нишу в кварталах на окраине. Местное население не интересует, по какой причине закрываются аптечные предприятия на периферии района, им важно, чтобы «не падало качество обеспечения медикаментами». В ходе опроса выяснилось, что чаще всего закрываются именно небольшие единичные аптеки или аптеки малых сетей, к сожалению. Люди убеждены, что у них должен быть выбор куда пойти. «При здоровой конкуренции выиграет потребитель», — считает студент

II курса колледжа информационных технологий Андрей.

АССОРТИМЕНТ

Важен для 75 человек.

Аптечные предприятия при формировании ассортимента, конечно, ориентируются на спрос. Посетителям-пациентам, конечно, необходимо, чтобы лекарственный препарат был в наличии. «В аптеку хожу по необходимости, если врач из районной поликлиники выпишет рецепт. В основном приходится приобретать средства от простуды, антибиотики. Как-то позабыл дома рецепт, так, несмотря на то, что фармацевт меня узнала, лекарство не отпустили. Больше в эту аптеку «Сто лет» не хожу», пожаловался пенсионер Дмитрий Андреевич, 69 лет. И зря он так категоричен! Специалист первого стола действовал правильно, согласно установленным законодательным нормам. Посетители аптек подчас не понимают, что это не блажь фармацевта, — за такие нарушения, как отпуск антибиотиков без рецепта, может быть наложен крупный штраф, вплоть до лишения предприятия лицензии на фармдеятельность.

Сейчас в аптеках установлено оборудование видеонаблюдения, могут прийти и «тайные покупатели»... Относитесь с пониманием к работнику первого стола, дорогие покупатели!

Предложение большинства аптечных предприятий идентично и включает самые распространенные лекарственные препараты: жаропонижающие, противовоспалительные, спазмолитические, противовирусные, болеутоляющие, желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые средства. Представители аптечных сетей регулярно изучают покупательский спрос, потому застать их врасплох трудно. Гораздо реже, чем традиционные лекарственные средства, предлагается гомеопатия, средства ортопедии, компрессионное белье, товары для мам и малышей. Вот, например, обе аптеки АС «Авиценна Фарма», когда открывались на ул. Нижней Первомайской, учли, что рядом находится медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова. У аптечного пункта №1247 AC «А5» в соседях спа-салон, поэтому не удивительно, что в ассортименте представлен широкий выбор натуральной декоративной косметики.

Аптека ООО «Выбор» сделала проще, она делит торговое помещение с магазином медтехники.

В сетевых аптеках с открытой выкладкой товара появились продукты здорового питания, к которым потребителей постепенно «приучают» назойливые консультанты. Подобные акции замечены в аптеке ООО «Поларт-Фарм», аптеке ООО «НПО Рэйл» АС «Парацельс», ООО «Аптека А5» АП №1247.

В аптеке №33 АС «Аптеки Столицы» работает рецептурно-производственный отдел, здесь же можно приобрести и медицинские пиявки тем, кто приветствует гирудотерапию.

В аптеке сети «Планета здоровья» ООО «НПО Рэйл» и аптеке ООО «Авиценна Фарма» детей порадуют биомороженым.

ЦЕНЫ

Важны для 70 человек.

Как и для жителей любого спального старого района, где о тяготах жизни люди знают не понаслышке, ценовой фактор в Измайлово весьма актуален. За последние осенние месяцы возросли в цене как отечественные, так и импортные препараты. «Скорее всего, эти скачки стоимости могут быть связаны с грядущей обязательной маркировкой лекарств, таким образом, хотят узаконить качество товара за счет потребителя, но это несправедливо. Аптеки крупных сетей должны решать свои финансовые проблемы самостоятельно. Их политика очень напоминает поведение независимых аптек, где цена на ЛП напрямую зависит от внешних факторов. Конечно, я могу быть уверенной, что в аптеках «ГорЗдрав» мне не продадут контрафакт, резонные сомнения в качестве товара могут появиться при покупке лекарств в частных аптеках. Но почему рядовой потребитель вынужден обеспечивать доходность фармбизнеса?» — задается вопросом Анна Г., ведущий специалист клиники «Семейный доктор».

Очень многие из постоянных посетителей аптек огорчены тем, что «дешевых» аптек становится меньше. Самые доступные цены, согласно опросу, оказались в аптечном пункте АС «Аптеки «Столички», причем вне зависимости от того, речь идет о дженериках или оригинальных лекарственных препаратах. Дорогими оказались аптеки в формате «24 часа», находящиеся около станций метро.

Табл. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЦЕНА НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

	Цена на лекарственный препарат, руб.		
Аптека	Гинкоум, капс. 80 мг, №60 (Эвалар, Россия)	Но-шпа, тб. 40 мг, №64 (Венгрия)	Лизобакт, тб. д/рассас., №30 (Босния и Герцоговина)
АП №368 АС «Аптеки «Столички»	457-00	204-00	_
Аптека ООО «Поларт-Фарм»	499-00	164-00	244-00
Аптека ООО «Интерпром-юг»	502-00	-	315-00
Аптека ООО «Мелодия здоровья»	561-00	213-00	294-00
Аптека ООО «Торгфарм»	568-00	178-00	289-00
АП АС «Планета здоровья» (Сиреневый бульв.)	577-00	179-00	339-00
АП АС «Планета здоровья» (9-я Парковая ул.)	601-00	229-00	375-00
АП №29 АС «Ваша №1»	580-00	199-00	238-00
Аптека ООО «Авиценна Фарма»	589-00	199-00	299-00
АП №1280 АС «Живика»	591-00	199-00	244-00
Аптека «Ника»	594-00	211-50	341-00
АП №552 АС «Аптеки «Столички»	595-00	207-00	255-00
АП №306 АС «Аптеки «Столички»	602-00	210-50	_
АП №1172 AC «Гор3драв»	643-00	234-70	295-00
АП №676 АС «Гор3драв»	699-00	234-90	274-00
АП №712 АС «Гор3драв»	699-00	234-00	295-00
АП №1173 АС «Гор3драв»	675-00	228-00	282-00
Аптека ООО «Аптекарь»	645-00	-	296-00
Аптека №62 АС «Ригла»	710-00	228-00	329-00
Аптека ООО «Фармэс» (3-я Парковая ул.)	646-00	213-00	323-00
Аптека ООО «Фармэс» (9-я Парковая ул.)	_	211-00	297-00
Аптека ООО «Выбор»	718-00	-	326-00
Аптека ООО «М324»	_	202-00	273-00
АП ООО «Фармация»	_	211-00	382-00
Аптека ООО «Сто лет»	839-00	222-00	325-00
AΠ №1247 AC «A5»	-	234-70	431-00
Аптека ООО «Ева-траст»	862-00	209-00	_
Аптека ООО «Ева-фарм»	886-00	221-00	436-00

СКИДКИ

Важны для 40 человек.

Возможность приобрести товар в аптеке дешевле его стоимости привлекает большинство респондентов в районе Измайлово. Многие аптеки широко используют бонусные программы, позволяющие получить выгоду от покупки. Например, бонусная карта «Живика» позволяет получить скидку до 99%, используя накопленные бонусы. В аптеках ООО «Фармэс» действует карта «Спасибо от Сбербанка», позволяющая оплачивать до 50% стоимости покупки. Рассчитывать на экономию в настоящее время привыкли большинство владельцев «Социальной карты москвича», размер скидок по ней в аптечных предприятиях колеблется от символического 1% до 7,5%.

«Мы с моим дедушкой (мужем) приезжаем каждую последнюю пятницу месяца в аптеку сети «ГорЗдрав» на ул. Первомайской, подстраивая свои поездки к проводимым в аптеке акциям «–10%» на все лекарственные препараты, которые имеются в наличии. Берем целым списком, разница в цене выходит вполне ощутимая — в 3—4 сотни рублей», — рассказала пенсионерка из Балашихи Надежда Владимировна, 64 лет.

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ РАБОТНИКОВ АПТЕКИ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

Важны для 52 человек.

Для многих респондентов, особенно из числа местных жителей, посещение аптеки сродни походу в поликлинику, а фармацевтов, по своему статусу, жители района приравнивают к представителям медицинского сообщества, так велико уважение к их работе. «В аптеку идут за помощью, фармацевт — первый друг, если надо, подскажет, посоветует, что лучше подойдет именно нам, и ведь так доходчиво объяснит, что захочется вернуться сюда еще не один раз», — поведала постоянная посетительница аптеки «Авиценна Фарма №3» Татьяна Щ., навещавшая родственника — пациента Пироговского медицинского хирургического центра.

Для того чтобы быть успешными в своем бизнесе, на первый план выходит профессионализм персонала. В большинстве аптечных предприятий районов Измайлово и Восточное Измайлово по мнению респондентов работают замечательные, доброжелательные работники первого

стола. Поэтому отметив отдельные неприятные моменты, когда были замечены в отсутствии любезности, элементарной вежливости сотрудники аптеки. В АП ООО «Аптека 3» фармацевт теряется и не может дать нужную информацию, в «Дежурной аптеке №1» фармацевты скучают, но не особо спешат к попавшему изредка в поле зрения покупателю. В аптеке ООО «Джайт» отвечают неохотно на запросы посетителей. Посетители АП «Век живи» прямо говорили о грубости сотрудников, ведущих отпуск.

«Самое главное, чтобы люди нас в аптеке встречали отзывчивые и внимательные не только к собственным финансам», — считает работница Измайловского рынка Людмила О.

Теперь перейдем к удобствам. Такое необходимое для маломобильного посетителя приспособление, как пандус, обеспечивается не всеми аптечными предприятиями. В одной трети из исследованных аптечных точек, без всяких на то объективных доводов, как то транспортные коммуникации, в непосредственной близости от входа в аптеку (ООО «Аптекарь» и АП №676 АС «ГорЗдрав»), пустили разрешение проблемы передвижения людей с ограниченными возможностями на самотек.

АП «Проаптека» находится на станции МЦК, но это не приносит ей бонусов, зато приносит огорчения потенциальным покупателям. Потому что чаще всего на дверях они видят «Закрыто» по причине приемки товара или поломки кассового аппарата.

В аптечных предприятиях, работающих круглосуточно, при входе имеется кнопка вызова дежуранта в ночное время.

В аптеке ООО «Поларт-Фарм» и АП №552 АС «Аптеки «Столички» для эффективности обслуживания населения размещены информационные панели. В АП №1173 АС «Гор3драв» — информационно-справочный терминал.

Электронные очереди уже становятся отличительной чертой аптечных предприятий сети «Аптеки «Столички» — в районе это АП №306 и АП №368. Для улучшения обслуживания установили терминал электронной очереди и в АП №1247 АС «А5».

Измерить уровень артериального давления предлагают АП ООО «Ева-Траст», аптека ООО «Мелодия здоровья» и аптека ООО «Фармэс» на 3-й Парковой ул. Заказать препараты

экстемпорального производства можно в аптеке №33 АС «Аптеки Столицы», имеющей рецептурно-производственный отдел.

Салон оптики работает в аптеке ООО «Поларт-Фарм» и аптеке «Ника», причем с возможностью получения консультации офтальмолога. АП №306 АС «Аптеки «Столички» работает рядом с салоном «Оптика», в котором также работает консультант-офтальмолог.

В аптечных пунктах сети «Гор3драв» (№1172, 369), а также в аптеке ООО «Торгфарм» есть отдел готовых очков.

Почти во всех аптечных предприятиях исследуемых районов действует услуга интернет-заказа (исключение — аптека ООО «Аптека №3», аптеки «Сто лет», АП «Дежурная аптека №1»).

ИНТЕРЬЕР

Важен для 11 человек.

Оформление аптечных точек в обоих районах весьма скромное. В лучшем случае, на что могут рассчитывать посетители, — неприметное местечко в уголке. Правда, как оказалось, этот фактор учитывается респондентами при определении успешности аптеки в последнюю очередь. Даже тот факт, что многие витрины оформлены неправильно, отсутствуют указатели фармгрупп, не смущает большинство посетителей.

Они любят обращаться за консультацией к врачу.

ГРАФИК РАБОТЫ

Важен для 11 человек.

В районах Измайлово и Восточное Измайлово 9 аптечных предприятий имеют круглосуточный режим работы. В районе Измайлово круглосуточные точки расположены непосредственно около станций метро «Измайлово» и «Первомайская. Более демократично в размещении круглосуточных аптек подошли в районе Восточное Измайлово. Только две из них располагаются рядом с этими станциями метро, а вот оба предприятия сети «Авиценна Фарма» сориентированы на посетителей Национального медикохирургического центра им. Н.И. Пирогова.

Большинство аптечных точек имеют 12-часовый режим работы: АП ООО «Век живи», аптека ООО «М324», аптека ООО «Фармация», аптека ООО «Аптека АЗ», АП №676, АП №1173 АС «ГорЗдрав», аптека ООО «Мелодия здоровья», аптека ООО «Сто лет», аптека ООО Redapteka, аптека ООО «Джайт», аптека ООО «Фармэс» (9-я Парковая ул.), аптека №62 АС «Ригла», аптека №33 АС «Аптеки Столицы», как правило, с 9:00 до 21:00. Часть аптечных точек имеет несколько расширенный график работы (13–15 час. в день).

РЕЙТИНГ ФАКТОРОВ УСПЕХА

Место	Фактор успеха	Кол-во набранных голосов	
1.	Ассортимент	75	
2.	Цены	70	
3.	Профессионализм и доброжелательность работников аптеки, дополнительные услуги	52	
4.	Месторасположение	44	
5.	Скидки	40	
6.	График работы	30	
7.	Интерьер	11	

6

РЕЙТИНГ ПОПУЛЯРНОСТИ аптечных предприятий

АП ООО «Аптека 3»

Аптечный пункт привлекает к себе только самим расположением поблизости от ст. метро. Попадая внутрь, видишь скудно обставленный торговый зал с витринами без указателей, где в уголке можно заметить скромного фармацевта, о профессионализме которого ничего доброго сказать нельзя. Совет посетителям — повышайте свой уровень фармацевтической грамотности!

АП ООО «Дежурная аптека №1»

«У сотрудников этого аптечного пункта явно завышено самомнение» — так считают большинство опрошенных. На двери аптечного пункта можно тщетно искать опознавательные ориентиры, их там нет. Световой ориентир «24» еще ничего не гарантирует, проходимость крайне низкая. Скидка по СКМ — 3%. Персонал появляется только, когда в поле зрения обозначились покупатели, в остальное время скучает.

АП ООО «Век живи»

Даже близкое расположение с винным супермаркетом не увеличивает проходимость в аптечном пункте. Многие респонденты называли причину: грубость персонала. Жизнеутверждающее название отнюдь не гарантирует соответствующее отношение. Скидка по СКМ — минимальный 1%.

АП «Проаптека»

Мало какой аптечный пункт может похвастаться расположением непосредственно на территории МЦК. Но пока это не приносит приятных бонусов предприятию. Приходится расстраиваться тем потенциальным посетителям, кто хотел приобрести лекарства по пути с работы и не смог, — на дверях чаще висит табличка «закрыто» по причине приемки товара или поломки кассового аппарата. Возможны варианты...

АП ООО «Ева-траст»

Аптечный пункт, расположившийся неподалеку от ст. метро, работает круглосуточно. В торговом зале никаких особых изысков, отпуск

ведется на одной кассе через открытый прилавок. Здесь фармацевты, не ссылаясь на усталость, и проконсультируют, и помогут измерить АД, если кто-то не сможет сделать это самостоятельно, — тонометр находится в свободном доступе. Скидка по СКМ — 3%. При входе в аптеку установлен банкомат Московского кредитного банка.

АП ООО «Ева-фарм»

Аптечный пункт разместился в торговом павильоне, работает в круглосуточном режиме. Сюда хочется возвратиться. Любезность фармацевтов — визитная карточка предприятия. Здесь к вам проявят максимум внимания, не заставят стоять в очереди. Единственный минус — высокие цены на препараты, а скидка по СКМ невысокая — 3%, но постоянные посетители мирятся с этим. При входе установлен банкомат QIWI.

Аптека ООО «Сто лет»

3

4

Аптека занимает маленькое помещение на первом этаже жилого дома рядом с магазином «Продукты». Отпуск ведет один фармацевт. Ассортимент скромный, но есть все необходимое, в основном из перечня ЖНВЛП. Отметим, что целая витрина отдана гомеопатии, гигиеническим средствам ухода. Проходимость выше средней, но фармацевт работает бойко, справляясь с появляющейся очередью. Посетители в основном люди пожилые, которых отсутствие услуг интернет-заказа не огорчает.

Аптека OOO Redapteka

Аптека в универсаме «Пятерочка» открылась совсем недавно, а уже известна многим местным жителям. Со слов фармацевта, «аптека нацелена на реализацию редких, дорогостоящих лекарственных препаратов», поэтому вполне объяснимо наличие услуги интернет-заказа. Скидки по СКМ, к огорчению многих, нет.

Аптека ООО «Джайт»

Аптека находится в доме, стоящем на центральной транспортной магистрали — Первомайской ул., по соседству с бутиком одежды и обуви. В торговом зале средней величины разместились витрины. Отпуск ведет один фармацевт за открытым прилавком На вопросы

посетителей он отвечает неохотно. Скидка по СКМ отсутствует.

Аптека ООО «Интерпром-юг»

У аптеки средние показатели, респонденты отмечали, что фармацевты часто меняются (текучка кадров), но вне зависимости от этого специалисты первого стола вежливы, грамотно консультируют. Тех, кто отдал свои голоса этой аптеке, привлекает еще и график работы — с 8:00 до 23:00.

В небольшом торговом зале в витринах товар без указателей, подводят и несколько завышенные цены на препараты.

АП №552 АС «Аптеки «Столички»

Средний по площади торговый зал аптечного пункта выгодно подчеркивает его достоинства, коих немало. Толкотни здесь никогда не бывает, для посетителей задействована информационная панель, есть и место для отдыха. Главное достоинство аптеки — вежливый персонал. В настоящее время на работу требуются провизор и фармацевт (обращаться по тел.: 8(499) 648-37-96).

<u>АП №676 АС «Гор3драв»</u>

Аптечный пункт — один из пяти аптечных предприятий, которые функционируют в радиусе 150 м от ст. метро, успешно конкурируя с ними.

Здесь приветливая атмосфера, фармацевт умеет не только давать советы, но и выслушает покупателя, которому захочется просто поговорить «за жизнь». Разнообразие ассортимента — еще одно достоинство предприятия.

В небольшом помещении есть место для отдыха, здесь же работает и пункт изготовления ключей (к предприятию, конечно, отношения не имеющий). При входе установлен банкомат Московского кредитного банка.

AΠ №29 AC «Baшa №1»

Многоуровневый торговый центр хорошо знаком местным жителям, кто-то посещает его ради кафе, кто-то идет целенаправленно в аптечный пункт, расположенный на первом уровне. Те, кто хочет сэкономить, здесь не обманутся в собственных ожиданиях, — цены на ЛП низкие по району. Фармацевт вежливо проконсультирует.

Аптека ООО «Торгфарм»

Большинство покупателей не проходят мимо этой аптеки, потому что в соседях — универсам «Пятерочка». Респонденты отмечали доступные цены на ЛП (средние по району) и учитывающий запросы разных слоев населения ассортимент. Особо выделяли работу фармацевта и его готовность помочь. Работает здесь и отдел, реализующий готовые очки.

Аптека АС «Планета здоровья» (9-я Парковая ул.)

7

Аптека имеет выгодное месторасположение рядом с выходом ст. метро. Удачная планировка торгового зала позволяет умело сочетать открытую и закрытую формы торговли. Цены на широко представленный аптечный ассортимент средние. Скидки по СКМ — 3%. Немаловажен тот факт, что график работы — 24 часа в сутки.

АП АС «Планета здоровья» (Сиреневый бульв.)

7

7

Аптечный пункт известной сети занимает помещение на 1-м этаже жилого дома, работает, что особенно важно для местного населения, в круглосуточном режиме.

Респонденты отдавали предпочтение этому предприятию, подчеркивая умелую работу персонала. Действительно, благодаря расторопности доброжелательных фармацевтов здесь никогда не бывает очередей, хотя проходимость высокая. Выбор препаратов в витринах представлен небольшой, по ценам ниже среднего, но все самое необходимое имеется в наличии.

Аптека ООО «Аптекарь»

7

Вот и конкурент вышеназванной аптеки популярной сети — небольшая частная аптека рядом со ст. метро также готова помогать местным жителям с приобретением лекарств 24 часа в сутки. В маленьком торговом зале есть на что посмотреть — в витринах все размещено и упорядочено. В случае возникших сомнений в выборе на помощь придут фармацевты все покажут и подскажут. Ассортимент средний (только самое необходимое), но при отсутствии необходимого лекарственного препарата (чаще всего это касается дорогостоящих препаратов) можно сделать заказ. Скидки по СКМ — 2%.

Аптека ООО «Выбор»

Аптека делит торговое помещение с магазином медтехники, вот там представлен богатый ассортимент. Правда, со слов фармацевта, в последнее время ограничены поставки немецкой медтехники (катетеры, комплексы для трансфузий, детский наркоз). В лекарственном ассортименте может не быть каких-то позиций, но на отсутствующие в наличии препараты всегда можно сделать заказ. Цены — выше среднего по району.

АП №1172 АС «Гор3драв»

Аптечный пункт занимает помещение на 1-м этаже жилого дома по соседству с предприятием быстрого питания Stardogs. В небольшом торговом помещении выбор препаратов средний, но на отсутствующие можно сделать заказ. Аптечная сеть может гордиться персоналом этого аптечного пункта — здесь трудятся предупредительные фармацевты. Посетителям преклонного возраста в случае забывчивости тех, они напомнят о проводимой акции «Уважение к старшим», с возможностью скидки по СКМ до 10%, проводимой в последнюю пятницу каждого месяца. В зале установлены лавки для отдыха, а при входе — банкомат Московского кредитного банка.

АП №369 АС «ГорЗдрав»

Аптечный пункт находится на 1-м этаже жилого дома, рядом с супермаркетом детских товаров «Улыбка радости». Последнее, конечно, учитывается при формировании ассортимента. Ассортимент в принципе отвечает потребностям взыскательных покупателей и отличается разнообразием. Очередей здесь никогда не бывает, работают фармацевты быстро. При входе установлен банкомат Московского кредитного банка.

АП №1173 «Гор3драв»

Аптечный пункт расположился рядом с магазином сети «Сахалин рыба», и это соседство можно назвать выгодным — проходимость хорошая. В самое пункте установлен информационно-справочный терминал, упрощающий работу первостольника, который ведет отпуск через закрытое окно. Ряд витрин в торговом зале привлекает броским призывом «Выгодно». Здесь рады, когда покупатели уходят

довольными — значит обязательно придут еще раз.

АП №712 AC «Гор3драв»

8

Аптечный пункт соседствует с универсамом «Родник». В торговом зале, оформленном без излишеств, посетителям предлагается все самое необходимое, о чем и говорят витрины с указателями. В обслуживании использована закрытая форма торговли. Фармацевт доходчиво знакомит с новинками, не забывая обратить внимание посетителей и на витрину, где все «Выгодно». При входе установлен платежный терминал.

AΠ №1247 **AC** «**A5**»

0

Аптечный пункт занимает помещение в 18-этажном жилом доме по индивидуальному проекту, который заметен издалека. В соседях — спа-салон. Неудивительно, что в ассортименте представлен широкий выбор натуральной декоративной косметики для привлечения женской аудитории, а фармацевт-консультант поможет с выбором. Формат смешанный: есть как открытая выкладка, так и закрытая — о наличии препаратов необходимо уточнять у фармацевта. По СКМ — символический 1% скидки.

Для удобства и посетителей, и сотрудников, ведущих отпуск, установлено электронное табло, регулирующее очередь.

Аптека ООО «М324»

8

В социальной аптеке, как они себя позиционируют, можно расплачиваться не только наличными, но и картой Сбербанка, которая предоставляет скидки до 50% в обмен на бонусы. Отпуск ведут сразу два фармацевта, через открытый прилавок. Благодаря им сюда «не зарастет народная тропа». При входе установлен банкомат QIWI. Скидки по СКМ — 5%.

АП ООО «Фармация»

8

В здании торгового центра местного масштаба, по соседству с данным аптечным пунктом располагается множество организаций, есть и турагентство, и мини-отель. Здесь небольшой выбор в ассортименте, но все необходимое, будь то болеутоляющее, противовоспалительное или от желудочно-кишечных расстройств и т.п., наличествует. Форма торговли смешанная: что-то в открытом доступе, о каких-то препаратах необходимо справиться у фармацевтов. Они

обязательно помогут, потому что отзывчивые, как замечали респонденты. Цены на лекарственные препараты — средние по району. Скидка по СКМ — 5%.

Аптека ООО «Фармэс» (9-я Парковая ул.)

Аптека занимает помещение на первом этаже жилого дома (в торце). Пространство торгового зала ограничено, но ассортимент достойный — есть все необходимое. Отдельные неудобства компенсируются расторопностью персонала. Молодая женщина-фармацевт охотно консультирует, доходчиво объясняя посетителю необходимую информацию о приеме препарата.

Аптека ООО «Фармэс» (3-я Парковая ул.)

Конечно, аптеке добавляет популярности круглосуточный режим работы. В зале можно присесть отдохнуть, заодно и измерить уровень АД, что особенно отмечали представители преклонного возраста. Ассортимент разнообразный, отпуск ведется на двух кассах, можно быть уверенным, что с выбором лекарственных препаратов фармацевты помогут. Скидка по СКМ — 5%.

Аптека «Ника» ООО «Мосфарма»

Аптека тоже находится на 3-й Парковой ул., причем в соседнем доме, таким образом конкуренция помогает обеим аптекам повышать уровень обслуживания. А иначе как привлечь посетителей? Еще при входе в эту аптеку обращаешь внимание на бессрочную акцию «1+1», когда покупая два препарата, на второй получаешь скидку. В небольшом зале, у открытых прилавков отпуска почти всегда возникает небольшая очередь, но в ней никто не ропщет. Два фармацевта работают споро. При необходимости можно воспользоваться тонометром для измерения АД, который находится в торговом зале. Здесь же работает салон оптики и консультирует офтальмолог с 10:00 до 20:00.

Аптека №62 АС «Ригла»

Аптека занимает помещение на первом этаже жилого дома (с торца). В небольшом торговом зале грамотно компактно расположены витрины, где комбинируется открытая форма торговли и рецептурных препаратов после консультации фармацевта за рабочим столом. Ассортимент вполне достойный. Скидка по СКМ — 5%. Отметим в продаже, кроме традиционных препаратов сезонного спроса, товары ортопедии и компрессионное белье фирмы «Релаксан». Каждый четверг с 10:00 до 18:00 в зале всех желающих консультирует специалист по лечебному компрессионному трикотажу. В зале в наличии место для отдыха.

АП №1280 АС «Живика»

8

9

9

Аптечный пункт известной сети разместился по соседству со стоматологическим медицинским центром. Здесь созданы все условия для успешной торговли. В просторном помещении торгового зала пожилых покупателей не заставят толкаться в очереди. Чистота, упорядоченная торговля, невысокие цены, главное — персональный подход к каждому посетителю — основные его достоинства. Цены на ЛП — ниже средних по району. Скидка по СКМ — до 5% на отдельные позиции.

Аптека ООО «Авиценна Фарма №3»

٥

Аптека находится напротив медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова, это учитывается при формировании ассортимента. Посетителям кроме широкого ассортимента лекарственных средств предлагаются товары ортопедии и ухода за тяжелобольными (палочки от 325 руб., ходунки, инвалидные коляски, биотуалеты), а также компрессионный трикотаж. Для маленьких посетителей в продаже имеется биомороженое. Имеется сервис заказа перечисленной продукции с доставкой на дом. Символическая скидка по СКМ — 1%, но о ней даже не вспоминают посетители, которых здесь немало, тем более что работает аптека в круглосуточном режиме.

Аптека ООО «Авиценна Фарма»

<u>9</u>

Еще одна аптека, работающая в режиме «24 часа», чья деятельность тоже учитывает соседство с МХЦ им. Н.И. Пирогова, рядом функционирует и школа искусств, но это уже другая история... Проходимость здесь ниже, нежели в другом предприятии сети, но ассортимент столь же обширен. И биомороженым дети могут полакомиться. И заказы также принимаются. Тот же символический 1% скидки по СКМ. Если сравнивать цены, то они здесь даже ниже.

АП №18 АС «Аптеки «Столички»

Высокая проходимость аптечного пункта указывает на его привлекательность для посетителей, что объясняется и невысокими ценами, и профессиональным обслуживанием фармацевтами. При желании могут работать четыре кассы, но обычно отпуск ведут на двух. В зале установлены лавочки для отдыха. В зале наличествует банкомат как дополнительная услуга тем, кто решил пополнить кошелек наличными.

АП №368 АС «Аптеки «Столички»

Аптечный пункт расположился неподалеку от ст. м. «Измайловская» напротив банка «Русский стандарт». Цены на лекарственные препараты ниже средних. В большом торговом зале в витринах ассортиментное изобилие. Проходимость высокая, но для упорядочения очереди действует электронная очередь. Отпуск осуществляется на 2–3 кассах через открытый прилавок. Нашлось в зале и место для отдыха.

Аптека №33 АС «Аптеки Столицы»

Единственная на два района аптека, которая имеет рецептурно-производственный отдел, благодаря которому не в последнюю очередь пользуется популярностью у населения. Большой торговый зал никогда не пустует, работают две кассы, и каждый из посетителей идет сюда со своей бедой. Без консультации фармацевтов не обойтись еще и потому, что на витринах нет указателей. Фармацевты предупреждает: «При получении иммунологических препаратов необходимо иметь специальные термоконтейнеры». Для любителей гирудотерапии в продаже имеются медицинские пиявки по цене 90 руб. за экземпляр. Отметим и максимальную скидку по СКМ — 7,5%.

Аптека ООО «Мелодия здоровья» 9

Аптека расположилась рядом с универсамом «Магнит», сюда любят заходить жители окрестных домов, особенно мамы с детьми. Помещение торгового зала небольшое, но в нем нашлось место для отдыха — можно присесть отдохнуть, измерить уровень АД. Ассортиментное предложение среднее, в основном все самое необходимое: болеутоляющие, спазмолитики,

противовирусные, желудочно-кишечные средства по ценам ниже средних. Если определенного препарата не оказалось в наличии, можно сделать заказ. Скидка по СКМ — 5%.

АП №306 АС «Аптеки «Столички»

Аптечный пункт соседствует с салоном «Оптика», где всегда к услугам посетителей дежурный офтальмолог. В большом торговом зале предусмотрено все для удобства покупателей: электронная очередь, место для отдыха. Ассортимент большой, пожалуй, выделим широкий выбор товаров ортопедии.

Аптека ООО «Поларт-Фарм»

12

Одно из самых популярных аптечных предприятий в районе — целый супермаркет, больше всего проходимость обеспечивают представители молодого и среднего возраста. Попадая сюда, легко растеряться от обилия лекарственных средств, предметов ухода, детского ассортимента, натуральной косметики, диетического питания, минеральной воды, соков, предметов ортопедии. Сориентироваться помогает информационная панель, а сделать правильный выбор — несколько фармацевтов, ведущих отпуск. Цены минимальные, а еще действуют бонусные программы сети, позволяющие расплачиваться в рассрочку. Скидка для владельцев СКМ — 4%.

При необходимости можно проконсультироваться у офтальмолога здесь же в салоне «Опти-

Аптека АС «Планета здоровья» ООО «НПО Рэйл»

12

Аптека имеет удобное месторасположение и круглосуточный график работы, но это не единственное ее достояние. Предприятию обеспечена высокая проходимость благодаря чуткому, внимательному обслуживанию со стороны работников первого стола, наличию дополнительных услуг, низким ценам при разнообразии ассортимента и разнообразным скидкам. Скидка по СКМ — 3%. В ассортименте особо отметим большой выбор минеральной воды, биомороженое.

Ольга ДАНЧЕНКО





«ОБЕРТКА ЭТО ХОРОШО, НО СОДЕРЖАНИЕ ВСЕГДА ЦЕННЕЕ И ВАЖНЕЕ»

Все реже в Москве можно встретить независимые аптеки, работающие самостоятельно. Говорят, что они выживают... Аптечный пункт по адресу Сиреневый бульв., д. 15 в Северном Измайлово, выживает... вместе со своими постоянными посетителями, их чаяниями и заботами. Просто заняв свою особую нишу в рознице фармрынка. О своей работе, предоставляемых услугах и слагаемых успеха рассказывает заведующая Виктория Юрьевна Казакова.

Виктория Юрьевна, как давно работает аптека?



Аптека работает более десяти лет, согласитесь, что в современных реалиях розничного фармрынка это срок. Сколько аптек закрылось уже даже в нашем районе! Нас знают не только местные жители, которых и мы узнаем в лицо, здороваемся при

встрече на улице, — приезжают и москвичи из других районов.

Считаете ли Вы удачным свое месторасположение?

Да, конечно. Во-первых, мы находимся в одном здании с многопрофильным медицинским центром, во-вторых, рядом проезжая часть и автобусная остановка. В-третьих. недалеко от нас находятся районная поликлиника и урологическая больница. Понятно, что мы ориентированы не только на медицинские учреждения, но они также повышают проходимость в аптеке.

И круглосуточный график работы учреждения тоже добавляет посетителей аптеке?

Аптек, работающих 24 часа в сутки, в нашем районе, действительно, не так много. В Москве бешеный ритм жизни, многие едут с работы и после 23:00 и по дороге заходят к нам. Бывают случаи, когда заболел ребенок, приехала скорая

помощь, что-то рекомендовала для лечения, и родители сразу обращаются сюда. Случаи разные бывают: приобретают средства от давления, простуды, головной боли, применяемые при бытовых ожогах или в период реабилитации.

Конкуренцию с дисконт-сетями выдержи- ваете достойно?

Дисконт-сети — понятие неоднозначное. Многие сети в самом начале позиционируют себя как дисконт, а затем повышают цены на препараты. По всему ассортименту мы не можем с ними конкурировать, но на какие-то препараты цена у нас ниже.

Несколько раз к нам ехали пенсионеры с другого конца Москвы. Я по телефону пыталась им объяснить, что можно же поискать препарат в аптеке поближе, и слышала в ответ: «У вас цена лучше» или «Я уже была в вашей аптеке, мне понравилось, лучше доберусь потихоньку». Радостно осознавать, что людям нравится у нас.

У нас нет допродаж или «товара дня». Мы знаем, что должны удовлетворить клиента на 200%, исходя из его потребностей. Принимаются индивидуальные заказы. И так как аптека работает круглосуточно, а товар мы принимаем ночью, уже в 6–7 утра люди могут прийти забрать препарат.

Ценообразование дифференцированное. Предоставляем 5% скидки владельцам «Социальной карты москвича». Часто проходят акции, направленные на приобретение аптечного ассортимента со скидкой 7–10%. Нередко проводятся акции на медицинскую технику, которая пользуется спросом у населения.

Немаловажно, что мы можем уделить время работе с посетителем. Недавно по дороге домой я решила купить препарат. Зашла в одну из таких дисконт-аптек. Я даже не успела рассказать о своей проблеме и задать дополнительный вопрос по ассортименту, как мне уже пробили препарат. Все произошло очень быстро. Зато в завершение покупки мне не забыли предложить приобрести дисконтную карту. На этом консультация работника первого стола закончилась.

Нас в свое время учили, что аптека несет социальную функцию, и главная ее задача — помощь людям. Аптек много, выбор сейчас большой. Но есть аптеки, в которые хочется вернуться, где тебя встретят с радостью и придут на помощь. Вот мы и стараемся быть такой аптекой — нужной людям.

Часто к вам обращаются за консультацией?

Конечно, ведь у нас работают специалисты с большим опытом работы. Но советовать нужно с большой осторожностью, иначе можно навредить. Ничего не навязываем, в отличие от многих аптечных сетей, спрашивают — отвечаем. Мы предоставляем людям самим сделать выбор.

Часто посетители жалуются нашим фармацевтам на врачей, что их не выслушали в поликлинике, т.к. время приема у врача ограничено. И приходят к нам поговорить. Часто мы слышим слова благодарности, а это самое главное в нашей работе.

Просят что-то пояснить в инструкции по применению?

Бывает так, что пожилая посетительница обращается: «Мне врач выписал препарат, я почитала инструкцию, но не поняла, можно ли мне это пить, т.к. у меня есть сопутствующие заболевания. Еще и побочные эффекты меня настораживают». Люди спрашивают о побочных эффектах, о совместимости лекарственных средств. Мы вместе читаем листок-вкладыш, стараясь все объяснить.

Часто люди и не задумываются о том, что один и тот же препарат имеет несколько торговых наименований, ведь врачи выписывают препараты по МНН, вот мы и объясняем, почему возможна замена на аналогичный препарат. Тем более что и по цене они бывают разные, один купит, доверяя бренду, а другой спросит что-то

подешевле, веря, что эффект будет тот же, а он сэкономит.

Расскажите о себе, почему Вы стали фармацевтом?

Если быть точным, то я стала провизором, когда в свое время окончила ММИ им. И.М. Сеченова (в н/в Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. — Прим. ред.) по специальности «фармация». Сначала я представляла свою будущую работу в общих чертах. Но когда на первом курсе началась практика в аптеке с производственным отделом, я поняла, что это действительно мое. Практика оказалась очень интересной, мы смотрели, как готовят лекарства по прописям, расфасовывают их, следили за работой отдела готовых форм.

Общий стаж работы у меня достаточно большой — порядка 30 лет. Непосредственно в этом аптечном пункте я работаю четыре года. Начинала в государственных аптеках, затем получила опыт в частных и сетевых. Честно говоря, большой разницы я не вижу. Все зависит от специалистов. От того, как они себя позиционируют, чего хотят, насколько им интересно дело, которому они посвятили жизнь. Если говорить обо мне, я счастлива, что в свое время выбрала эту профессию. Каждый день я иду на работу с осознанием, что занимаюсь любимым делом.

Каких критериев Вы станете придерживаться при приеме на работу фармспециалиста?

Критериев несколько — это и опыт работы, и знания, конечно, коммуникабельность, стрессоустойчивость и терпение. Даже если специалист один раз грубо ответил посетителю, тот в следующий раз не придет. Как я уже говорила, у нас много посетителей из числа местного населения. Вот и срабатывает принцип «сарафанного радио». Сидя на лавочке, бабушка может сказать: «В этой аптеке плохо разговаривают с посетителями и не могут помочь. Не ходите туда!» И люди не пойдут. А про другую аптеку вспомнят по-доброму. Для спального района это основная оценка.

Познакомьте нас с вашим коллективом.

Я рада, что у нас дружный, сплоченный коллектив, и от этого зависит наша успешная работа. Сейчас это пять специалистов с большим

опытом работы, которые к каждому посетителю относятся лояльно, и в любое время дня и ночи могут предоставить грамотную консультацию. У нас работали молодые провизоры, но со временем они ушли, т.к. им не хватило терпения и навыков общения с пожилыми посетителями. Мне кажется, молодым специалистам, которые приходят после института, проще работать по определенному алгоритму. Часто я захожу в другие аптеки и вижу, что они теряются, отходя от заданной схемы работы.

А мы живем как одна семья и понимаем друг друга с полуслова. Люди чувствуют благожелательную атмосферу внутри коллектива, замечают, что приходят к нам, как к себе домой.

Не подумайте, что, если имеется большой опыт, то дальше можно не развиваться в профессиональном плане. Профессия наша подразумевает постоянное обучение. Столько всего меняется на фармацевтическом рынке! Сотрудники регулярно проходят различные семинары, вебинары и тренинги, которые организовывают фармацевтические компании. Мы стараемся быть в курсе последних тенденций в фармацевтической отрасли, т.к. я уверена, что знания и опыт — это самое главное в нашей профессии.

По Вашему мнению, раньше система фармацевтического и медицинского образования была более серьезной?

Безусловно. Раньше не было платного образования и я думаю, платные услуги не подходят для медицинского и фармацевтического образования. Мы-то понимали, что если не получим зачет и допуск к экзамену, нас отчислят из института. Соответственно, мы учились на совесть. И требования были выше. Самое главное — мы хотели учиться, наше образование было



более глубоким! Убеждена, в профессиях медика и фармацевта не должно быть случайных людей. Ведь определение «Врач от Бога» не случайно.

Сегодня некоторые врачи не разбираются в дозировках, неправильно делают назначения. Например, выписывают 1/8 таблетки. Как можно принять такую дозировку? А если таблетка в оболочке? Люди приходят и говорят: «Мне не помогает препарат». А как он может помочь? Каждый завод-производитель не просто так делает оболочку, она в себе несет некую функцию. Например, замедленное высвобождение лекарства, либо препарат должен раствориться в определенном отделе ЖКТ. Поэтому проблема образования сейчас стоит на первом месте. И не только в нашей отрасли. Но там, где речь идет о здоровье человека, этой проблеме должно уделяться самое пристальное внимание.

Как Вы думаете, актуальны на сегодняшний день производственные отделы?

Думаю, такие отделы не потеряли свою актуальность. Раньше в производстве было много препаратов, особенно детских, которые готовили по рецепту, рассчитывали дозу на каждый месяц жизни. И эти препараты действительно работали! Помню, когда мы с сыном ходили к педиатру, она не стеснялась сказать: «Я не помню дозировку препарата в прописи порошков, сейчас я проверю по возрасту!» Сегодня большинство врачей так не скажет. Им кажется, что они уверены в своих знаниях, а на самом деле это не всегда обосновано.

Когда работали производственные отделы, не было передозировок, побочных действий от применения препаратов. Сегодняшние лекарства по составу не могут с ними сравниться. Да, выбор сейчас огромный, но есть препараты, которые нельзя заменить. К примеру, те же мази и свечи. Основа разная, и действие будет разным. Это особенно важно в педиатрии.

Как относитесь к увлечению населения самолечением, которое трудно назвать ответственным?

К сожалению, многие люди активно занимаются самолечением вместо того, чтобы посетить врача. Фразу «У меня кашель, дайте антибиотик» можно услышать совсем не редко! И когда мы отказываем, люди воспринимают этот отказ

в штыки! Безусловно, мы советуем начать с противопростудных препаратов, снять симптоматику и обратиться к врачу. Но фармацевт однозначно не может и не должен заменять врача.

К маркировке готовы? Это же потребовало серьезных финансовых вложений!

Мы сейчас покупаем оборудование, изучаем информацию. Безусловно, с финансовой стороны это сложно для аптеки, но выбора у нас нет. Будущее покажет, насколько все это целесообразно. Может быть, поначалу вопрос кажется сложным, а со временем все войдет в норму, я уверена.

Аптечная организация должна реагировать на спрос, но кто формирует его в большей степени — реклама или медицина?

Думаю, спрос формируют как врачи, так и реклама на телевидении или в Интернете. Бывают случаи, когда препарат много лет стоит на аптечной полке, но его никто не спрашивает. Потом проходит волна рекламы, и он моментально начинает пользоваться спросом.

Как относитесь к работе медицинских представителей?

Они нужны! Медицинские представители компаний рассказывают о новинках, говорят о том, что какой-то препарат снимается с производства, либо сообщают о перебоях с сырьем, перерегистрации. Но я не могу сказать, что они влияют на ассортимент аптеки. Конечно, если речь идет о безрецептурном отпуске, мы смотрим, интересен нам препарат или нет, и решаем, будет ли он пользоваться спросом у наших посетителей.



Сложно работать с дистрибуторами? Каковы отсрочки для вашей аптеки?

Мы работаем с дистрибуторами длительное время, и у нас существуют определенные договоренности. Бывают ситуации, когда предоплата более выгодна по цене, чем отсрочка, и действуем по ситуации.

Сейчас многие предпочитают заказывать препараты в Интернете. Что Вы об этом думаете?

Многие убеждены, что при заказе лекарственного препарата в Интернете, цена на него будет ниже. Но это не всегда так. Были случаи, когда люди получали у нас заказ с одного известного сайта, а в нашем аптечном пункте цена на тот же препарат была ниже. Несколько раз были случаи, когда люди заказывали препараты рецептурного отпуска, например, пять упаковок антибиотиков сразу или сильнодействующее средство, и считали, что мы должны их выдать им, не требуя рецепта. Простите, но именно аптека и конкретно сотрудник первого стола несут ответственность за отпуск препарата. Думаю, через Интернет лучше заказывать косметику, парафармацию, безрецептурные препараты или перевязочные материалы.

Аптеке сложно работать в нынешних условиях?

С каждым годом работать становится сложнее. И я говорю не только о конкуренции. Многие законодательные вопросы усложняют нашу жизнь. Обидно, когда в СМИ начинают негативно говорить об аптеках. Нас ругают незаслуженно. Я считаю, что нельзя всех под одну гребенку стричь, и говорить о том, что аптеки стараются нажиться за счет населения. Когда я только начинала работать, люди с уважением относились к аптекарю и не считали нас продавцами, думающими только о повышении продаж. Человек приходит в аптеку и просит о помощи, он должен понимать, как относиться к работникам первого стола.

Что нужно аптеке для того, чтобы быть успешной?

Успех аптеки зависит от специалистов, работающих в ней, в большей степени — от работников первого стола. Насколько те будут грамотными, приветливыми и знающими. Можно

иметь красивый интерьер, большой ассортимент, но если человек не разбирается в нем, не может общаться с людьми, ничего не получится. Обертка это хорошо, но содержание всегда ценнее и важнее.

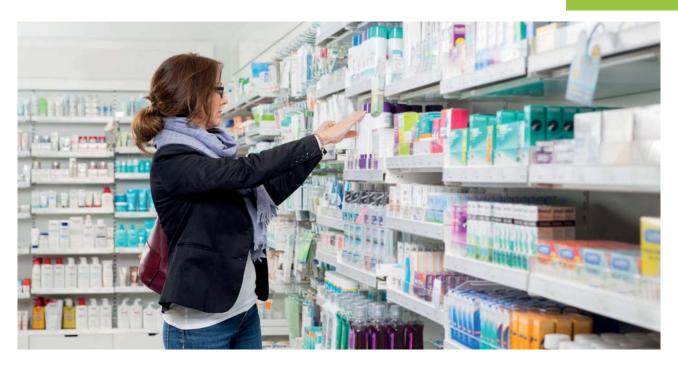
В будущее смотрите с оптимизмом? Или готовитесь к трудностям?

Всю жизнь мы смотрим в будущее только с оптимизмом. За эти годы мы видели немало

реорганизаций в фармацевтическом бизнесе и поняли главное — нельзя поддаваться паническим настроениям. Человек так устроен, что может преодолеть все, если есть внутренний настрой и стержень. Позитив обязательно должен быть!

Елена ПИГАРЕВА





ОБ АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ЦЕНОВОЙ РЕПУТАЦИИ

Ее Величество Цена. Все зависит от цены. «Эпоха девяностых» приучила к тому, что цифры на ценниках определяют если не все, то очень многое. Особенно там, где размер чека жизненно важен для покупателя...

Забыть эту историю как страшный сон получилось не очень. И уже в начале 2016 г. на Аптечном саммите звучали слова экспертов: коллеги, что же вы делаете? Не надо вгонять рынок в новые девяностые!

Но, как это обычно бывает, предупреждения становятся понятными... в момент, когда все уже случилось. Как же действовать аптеке сейчас?

В поисках ответа поможет Александр Миронов, генеральный директор рязанской сети «Аптека Фарма» и консалтинговой компании «Фабула».

КАК СКЛАДЫВАЕТСЯ МНЕНИЕ ПОСЕТИТЕЛЯ



«Просто взять и поднять наценку, и тогда первые полгода у вас все будет хорошо. А потом посетители начнут уходить. И понять, что связано это именно с ценами, будет трудно... Рынок у нас такой! Да и конкуренты не дремлют», — с иронией замеча-

ет Александр Миронов. Почему результативная вначале рекомендация является очень опасной?

«Кусачих» цен боятся все. Однако ценовая репутация аптечной организации складывается не за день и не за два. «Ценовик» зарекомендует себя как «ценовик» за 4–5 месяцев. «Обычной» аптеке понадобится полгода — и даже чуть больше. Месяцев 7–8.

Почему так долго?

Согласитесь, мы не всегда заходим в аптеку еженедельно. Учреждение с зеленым крестом «средний» житель России посещает раз в 25–30 дней. Вычеркнуть адрес — или, напротив, стать постоянным посетителем — он решится, когда побывает на консультации у ваших фармацевтов и провизоров хотя бы два раза.

Так что указанный срок, как раз тот, когда дватри визита сотен граждан сложатся в репутацию аптечной организации. Если работа с ценами велась правильно, «сарафанное радио» станет

верным помощником вашей аптеки. Если же нет...

За вас будут говорить неверно выбранные наценки. Кажущееся улучшение в первые полгода достанется ценой доброго имени. И дальнейшими убытками.

СПРАВИТЬСЯ С ЦЕНОЙ ПОМОГУТ ДАННЫЕ

Самое главное — не бойтесь!

Принцип работы с аптечным ценообразованием определяется изречением великого полководца Александра Суворова: тяжело в учении — легко в бою. Система наценок сложна при ее построении. А вот при поддержании уже не очень.

Как сделать первый шаг?

Миром правит не только цена, но и информация. Статистика реализации лекарств может стать базой для системы медицинской помощи, основой программ лекарственного возмещения и... руководством для аптеки. С четкими ответами на вопросы, что же именно идет не так.

Для вашего города или области (а на тренинге были руководители и собственники аптечных организаций из Калининградской обл., Астрахани, Кузбасса...) с большой вероятностью уже есть рейтинг продаж по оптовым ценам фармдистрибуторов. Это очень и очень важно. Мы изучаем не финансовые успехи аптек, а востребованность различных лекарственных препаратов.

Проанализировать надо... первые 1500 позиций. Общий дистрибуторский рейтинг предстоит сравнить с цифрами из ваших аптек.

ПРЕПАРАТЫ-«НЕВИДИМКИ». ПОЧЕМУ НЕ ЗАМЕЧАЮТ ЛЕКАРСТВО Х

Фронт работ широк, но это обстоятельство компенсируется полученными выводами. Можно понять, например, что препарат, который активно спрашивают пациенты в вашей области, у вас в аптеке... почему-то совершенно не замечают.

Именно с этим столкнулись Александр Миронов и его коллеги в начале сравнительного анализа данных. Весьма известное МНН

ривароксабан — 38-е по востребованности в Рязанской обл. — обнаружилось в «Аптеке Фарме» на скромном 198-м месте.

Работа над ошибками привела препарат на одну из первых позиций в региональной сети в 2018–2019 гг. Люди стали обращать внимание на незамеченное когда-то лекарство.

«Пришлось провести с таблицами все новогодние каникулы», — смеется руководитель консалтинговой компании. Но оно того стоило: на выходе в руках аптечной сети оказался подробнейший список успехов и стратегических просчетов. А также перечни препаратов, которые по популярности у посетителей почему-то отличались от картины по области в целом.

КАК ПОСТРОИТЬ ЛЕСТНИЦУ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ?

Это еще не все. Теперь предстоит определиться собственно с наценками. Как мы помним, одинаковыми делать их нельзя. «Спрашиваю у клиента — как жизнь? — вспоминает эксперт одну из своих консультаций. — А он говорит — плохо, идет отток посетителей. Наценка в его аптечной сети — 20% абсолютно на все препараты. Но, как он считает, можно жить и на меньшую — в 19%. Тогда стали формировать лестницу ценообразования. На одно средство наценка 28%, на другое — 16%. На один препарат 23%, на другой 18%».

Замечали, что пациенты-покупатели поразному реагируют на цены?

Одно лекарство подорожает на 2 руб., а люди уже возмущаются. Другое берут с огромной благодарностью даже при значительном росте ценника. В чем тут секрет?

Препараты (по тому, как относится к их цене посетитель) можно распределить по пяти группам:

- красная (даже если лекарство подорожает на несколько рублей, это может вызвать отказ от покупки);
- оранжевая;
- желтая. В «золотой середине» нужно изменять наценку с осторожностью;
- голубая;
- зеленая, когда к переменам в цене покупатели отнесутся спокойно.

ЧЕМ ПОЛЕЗНЫ ОТКАЗЫ ПОСЕТИТЕЛЕЙ

Задача провизоров и фармацевтов — фиксировать так называемые «отказы по цене» (когда человек не купил лекарство, услышав, сколько оно стоит). И промежуточные варианты (когда посетитель покупает препарат, но высказывает возмущение его подорожанием). Важно отмечать еще одну категорию — «отказы по наличию» (пациент шел за определенным средством, но в аптеке его не оказалось).

Работа покажется занудной, но поможет установить контакт с вашим покупателем. Главное для руководителя здесь — говорить со своими сотрудниками, объяснять, чем такое занятие будет полезно им самим и аптечной организации.

Взаимопонимание с первостольником решает многое: человеку нужно знать зачем. И это не только о ценообразовании.

Возможность взаимодействия и взаимопонимания — важный стратегический «плюс» единичной аптеки и малой сети. Особенно по сравнению с федеральным дискаунтером. Взять вашу тактику на вооружение ему будет сложновато.

НАЦЕНКИ КАК ИНСТРУМЕНТ

Чем важна «красная» группа?

Именно по ней формируется ценовая репутация аптечной организации. (Не случайно лекарства этой категории называют еще «препаратымаркеры».) Здесь нужно выделить препараты,



на цену которых посетители реагируют наиболее эмоционально. Наценку на них установим на минимальном уровне.

Даже если она будет меньше нуля — это не страшно. Рядом с вами наверняка «осваивает территории» крупный «ценовик». Главное здесь — корректно поднять наценку на препараты из «голубой» и «зеленой» группы.

«Минус-наценка» на лекарства «красной группы» помогает привлечь посетителя. У «плюс-наценки» на лекарства группы «зеленой» функция совсем другая: помочь вашей аптеке выжить. (Ценовые игры, к сожалению, оплачивает пациент, но именно они дают и возможность сохранить для него доступное лекарство в ближайшей аптеке.)

А ЕСЛИ ПОПАЛИ В ОКРУЖЕНИЕ?

Классификация по пяти цветам подойдет и для... самих аптек. Ведь у каждой аптечной организации — свое конкурентное окружение. Даже в малой сети из трех аптечных пунктов может случиться так:

- у первого пункта удобное местоположение и никаких соперников поблизости;
- рядом со вторым разместился «ценовик». Но он находится на втором этаже торгового центра, а ваша аптека в отдельно стоящем небольшом здании. Да еще и рядом с почтой или троллейбусной остановкой;
- аптечному пункту номер три здорово не повезло. Рядом с ним 3 или 4 аптеки известных федеральных брендов.

Берем наш алгоритм: пункт номер один будет «зеленым», пункт номер два — «желтым», а вот третий окажется «красным».

Дифференцируем наценки с поправкой на это (в «красной» аптеке ценники должны быть меньше, чем в остальных) и... внимательно наблюдаем за реакцией посетителя.

ИЗУЧАЙТЕ ЦЕНЫ «ЦЕНОВИКА»

У конкурентного окружения есть одна особенность: оно требует быстрых реакций. В отличие от формирования ценовой репутации, время здесь работает не на вас.

Необходимо играть на опережение. Как только узнали, что в соседнем доме (или на соседней улице) получает лицензию крупный федеральный дискаунтер — открывайте сайт этой аптечной сети и начинайте изучать цены.

Если есть возможность, применяйте парсинг — электронный сервис по анализу цен в организациях-конкурентах. Да, компьютерная программа, к сожалению, платная, но цена зависит от информации.

Как вспоминает руководитель А. Миронов, вначале нужно было платить 25 тыс. руб. в месяц. Сегодня же парсинг обходится в 4–5 тыс. руб. возможность сэкономить дало приобретенное умение находить данные и их анализировать.

Упустив время, можно упустить и аптеку — хорошо, если только одну. Руководитель аптечной сети Миронов вспоминает собственный опыт: небольшое промедление — и аптеку пришлось продавать за остатки. Покупателем стал известный федеральный дискаунтер.

НАПУТСТВИЕ

АПТЕКА | Управление

Профессионалы могут учиться на ошибках. А посетители аптек — далеко не всегда уходят к крупнейшим брендам. У малой фармацевтической организации есть преимущества, которые трудно скопировать в крупной сети... Даже если ее знают от Владивостока до Калининграда.

По материалам тренинга «Системное управление аптечной сетью»

Екатерина АЛТАЙСКАЯ





ГОМЕОПАТИЯ: КОМПЛЕКСНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Окончание, начало в МА №10/19

Преферанская Нина Германовна

Доцент кафедры фармакологии образовательного департамента Института фармации и трансляционной медицины Мультидисциплинарного центра клинических и медицинских исследований Международной школы «Медицина будущего» Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), к.фарм.н.

Препарат, содержащий стручковый перец, который обладает согревающим и отвлекающим действием, расширяет просвет кровеносных сосудов, обеспечивая биологическую доступность компонентов — Бриония-плюс (*Bryonia*).

Активные компоненты лекарственного средства представлены следующими соединениями: *Bryonia D2*, *Capsicum annuum D2*, *Hypericum perforatum D2*, *Ledum palustre D2*. Бриония-плюс проявляет противовоспалительное, заживляющее и противомикробное действие.

Гомеопатический препарат обладает противовоспалительным, ранозаживляющим и антибактериальным воздействием. При его применении устраняется выраженная болезненность и воспалительный процесс, нормализуется структура синовиальной оболочки и суставной сумки, снимается ограниченность в движениях, улучшая подвижность в суставах, что возвращает пациента к обычному образу жизни.

Препарат «Бриония-плюс» производится в виде мази 20 и 30 мл и предназначается исключительно для наружного применения. Мазь следует наносить на область пораженных суставов. Лечение, как правило, носит длительный характер и в среднем составляет порядка шести недель. В редких случаях возможны незначительные аллергические реакции в виде разлитой сыпи или отечности. Прочих нежелательных последствий лечения не замечено.

Цель Т (*Zeel T*) — комплексный препарат, обладающий противовоспалительным и обезболивающим действием. Механизм действия и терапевтические эффекты препарата основаны на фармакологических свойствах активных компонентов, входящих в его состав. Сера эффективна

при различных заболеваниях суставов; в организме она входит в состав хондроитинсульфата (структурного элемента хрящевой ткани). Активные компоненты органопрепарата способствуют замедлению дегенеративных изменений хрящевой ткани, улучшают микроциркуляцию и способствуют усилению пластических процессов, вследствие чего отмечается некоторая реструктуризация хряща.

Компоненты растительного происхождения обладают противовоспалительной, обезболивающей и регенеративной активностью. Кроме того, растительные компоненты способствуют уменьшению отека вокруг пораженного сустава, уменьшают боль, улучшают подвижность суставов, стимулируют восстановление костной и хрящевой ткани, а также мягких тканей. Биокатализаторы (соли и кислоты в цикле лимонной кислоты) и Nadidum способствуют активации окислительно-восстановительных реакций и дыхательной цепи, активность которых снижена вследствие различных причин.

Цель Т выпускается в виде раствора для инъекций 2,2 мл амп., таблеток и мази (50 и 100 г). 100 мл раствора содержит: Cartilago suis Embryo suis; Funiculus umbilicalis suis; Placenta suis (свободный от гормонов) — по 0,001 мг, Rhus toxicodendron D2, Arnica montana — по 10 мг, Sanguinaria canadensis в разведении D4 — 1,5 мг; Solanum dulcamara D3 и Symphytum officinale — по 1 мг, Sulphur в разведении D6 — 1,8 мг;

Nadidum, Coenzymum A, Acidum alpha-liponicum, Natrium dietyloxalaceticum — все в разведении D8 по 10 мкг. Вспомогательное вещество — 0,9% раствор натрия хлорида.

Препарат стимулирует регенерацию тканей опорно-двигательного аппарата и усиливает образование хондроцитов, за счет стимуляции их митоза (деления). Препарат в форме мази осуществляет анальгетическое действие за счет прямого влияния компонентов препарата на первичное звено дегенеративного процесса.

Применяется средство как в качестве монотерапии, так и в комплексном лечении пациентов, страдающих различными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, в т.ч. при полиартрозе, спондилоартрозе, деформирующем остеоартрозе и др. дегенеративных заболеваниях суставов и связок.

Для парентерального применения раствор вводят внутрисуставно, периартикулярно, паравертебрально, внутрикостно и в точки акупунктуры. Длительность курса лечения и дозы препарата определяет лечащий врач индивидуально для каждого пациента.

Препарат хорошо переносится пациентами, в единичных случаях отмечалось развитие кожных аллергических реакций, в т.ч. крапивница, кожный зуд и сыпь.

Дискус композитум (Discus compositum) — препарат, содержащий 35 компонентов минерального, естественного и животного происхождения, обеспечивает нормализацию нарушения функций разных систем организма. Средство оказывает противовоспалительное, анальгезирующее, спазмолитическое, регенерирующее и дезинтоксикационное действие.

Показания к применению: остеохондроз, болезни суставов (хронические артриты, артрозы), особенно невралгические и ревматические процессы в области позвоночного столба.

Выпускается средство в виде раствора для инъекций, 2,2 мл амп., при необходимости может вводиться п/к, в/м или внутрикожно, сегментарно, паравертебрально, в область боли или около позвоночника и в акупунктурные точки. В зависимости от особенностей течения заболевания средство может вводиться больному от 1 до 3 раз в неделю. При остром течении болезни Дискус Композитум вводится ежедневно или через день. При назначении детям

в возрасте от 2 до 6 лет — дозировка при инъекции должна быть 1/3–1/2 ампулы. После 6 лет показана взрослая дозировка. Возможно пероральное применение средства: ампула препарата растворяется в 5–10 мл чистой воды, после чего жидкость нужно выпить, предварительно на несколько секунд задержав во рту. Курс лечения, как правило, продолжается от 4 до 8 недель. При лечении препаратом важно правильно вскрывать ампулы: цветная точка при этом должна располагаться вверху ампулы. Содержимое, которое содержится внизу ампулы, нужно легонько встряхнуть, постукивая по емкости. После этого верхняя часть отламывается: для этого нужно нажать на цветную точку на ампуле.

При наличии таких симптомов, как аллергические реакции и слюнотечение, нужно прекратить лечение и обратиться к доктору.

Эхинацея композитум C (Echinacea compositum S), Эхинацея композитум форте С (Echinacea compositum forte S) — препарат, содержащий 26 компонентов, выпускается в виде раствора для инъекций амп. 2,2 мл. Препарат обладает выраженным иммуностимулирующим, противовоспалительным, дезинтоксикационным действием. Оказывает также некоторое седативное, антигеморрагическое и анальгетическое действие. Терапевтический эффект препарата осуществляется за счет нормализации процессов клеточного и гуморального иммунитета, повышения неспецифического иммунного ответа, улучшения выведения токсинов из организма.

Используется в комплексном лечении различных воспалительных заболеваний: органов дыхательной системы и ЛОР, мочеполовых и др. внутренних органов, опорно-двигательной системы, мягких тканей и кожи, при гнойных инфекциях, при интоксикации и др. недугах.

Взрослым и детям в возрасте старше 12 лет обычно назначают по 2,2 мл (1 ампула). Препарат вводится от одного до трех раз в неделю внутривенно или внутримышечно, или подкожно. Также при необходимости можно ставить инъекции в суставы и акупунктурные точки. В случаях, если невозможно ставить инъекции, лекарство употребляют орально. Для этого содержимое одной ампулы нужно растворить в 50 мл воды и понемногу принимать на протяжении суток. В единичных случаях у пациентов возможно

развитие слюнотечения, в таком случае необходимо увеличить интервал между инъекциями препарата или отменить препарат. Не следует принимать лекарство, если есть чрезмерная чувствительность к некоторым компонентам препарата. Противопоказан при хронических вирусных заболеваниях, в т.ч. СПИДа, иммунодефицита, ВИЧ-инфекции. Также к противопоказаниям относятся такие заболевания, как туберкулез, лейкоз, рассеянный склероз, болезни аутоиммунной системы и крови, коллагенозы. Не назначают детям до одного года.

Картиляго композитум (Cartilago compositum) — комплексный гомеопатический препарат, 1 гранула которого содержит: Cartilago articularis bovis D6, Aurum metallicum D10, Stannum metallicum D8, Formica D15, Betulae foliis D5, Allium сера D15. Препарат обладает противовоспалительным, анальгезирующим, противоревматическим действием. Уменьшает интенсивность дегенеративных процессов в хрящевой ткани, усиливает репаративные процессы и локально уменьшает гипергидратацию.

Показаниями к применению являются хронические воспалительные заболевания суставов, деформирующий артроз, хронический артрит и др. поражения суставов, ревматизм неуточненый.

Применяются гранулы внутрь, по 5–10 гранул под язык до полного рассасывания, за 30 мин. до или после еды 3 раза в сутки.

Русбрикар (Rhusbricarum) — гранулы гомеопатические, содержат Toxicodendron quercifolium (Rhus toxicodendron) Д6, Bryonia Д4, Causticum Hahnemanni Д4, Arnica montana Д4 и Ferrum phosphoricum Д6; в полиэтиленовой баночке 15 г (не менее 52 доз). Принимают сублингвально, рассасывают под языком до полного растворения, не запивая водой. Взрослым и детям старше 10 лет по 8 гранул, детям до 10 лет — по 5 гранул 3–5 раз в сутки за 30 мин. до еды или через 1 ч после еды.

В комплексной терапии заболеваний суставов (артриты, в т.ч. ревматоидный артрит 1–2-й степени активности, остеохондроз). Стандартная схема дозирования — по 8 гранул 3 раза в день за 30 мин. до или через 1 ч после еды, рассасывать под языком. При остром состоянии — развести суточную дозу препарата в 1/2 стакана воды и принимать по 1 ч. л. (подержав во рту 10–15 секунд), каждые 10–15 мин. в течение 3–4 ч, в дальнейшем перейти на стандартную схему приема. Курс лечения — 2–3 месяца. При необходимости можно проводить 3–4 курса в год с интервалом в 1 месяц. До настоящего времени информация о случаях побочных эффектов не поступала.

Большинство комплексных гомеопатических средств экономически доступны и продаются без рецепта врача. При различных воспалительных заболеваниях использование комплексных гомеопатических препаратов выявило высокую терапевтическую эффективность, не уступающую традиционным методам лечения, достоверно превосходящую безопасность, отсутствие неблагоприятных побочных реакций и возможность совмещать их с аллопатическими лекарственными средствами. Данные препараты становятся незаменимыми для использования в детской практике, у пациентов пожилого возраста, беременных и кормящих матерей.



ВОПРОС — ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ

В рамках Федерального закона от 05.04.13 №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» был заключен контракт на поставку лекарственных препаратов.

Поставка товара была осуществлена за пределами срока поставки товара тремя разными периодами (поэтапная поставка товара не предусмотрена). Поставщику было выставлено требование об уплате неустойки в связи с просрочкой исполнения обязательств по контракту. Последний день поставки по контракту — 15.03.19 (пятница). Фактически поставка товара была осуществлена 19, 26 марта 2019 г., в апреле 2019 г. Начислена неустойка (штраф, пени) за каждый день просрочки исполнения обязательства, предусмотренного контрактом. Пеня начисляется за каждый день просрочки исполнения поставщиком обязательства, предусмотренного контрактом с 16.03.19 (суббота, выходной). Поставщик выразил несогласие с расчетом неустойки, утверждая, ссылаясь на ст. 193 ГК РФ, что первым днем просрочки поставки является следующий рабочий день, и в разных периодах убрал выходные дни в расчете неустойки, т.е. не календарные дни, а посчитал дни просрочки только рабочие. Прав ли поставщик?

Рассмотрев вопрос, мы пришли к следующему выводу:

При описанных обстоятельствах пеня начисляется с 16 марта 2019 г. Положения ст. 193 ГК РФ в приведенной ситуации не подлежат применению.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫВОДА:

В соответствии с ч. 6 ст. 34 Федерального закона от 05.04.13 №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (далее — Закон №44-ФЗ) в случае просрочки исполнения поставщиком обязательств, предусмотренных контрактом, заказчик направляет ему требование об уплате неустоек (штрафов, пеней). Согласно ч. 7 ст. 34 Закона №44-ФЗ пеня начисляется за каждый день просрочки исполнения поставщиком обязательства, предусмотренного контрактом, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного контрактом срока исполнения обязательства. По смыслу приведенной нормы пеня за просрочку поставки товара начисляется со дня, следующего за последним днем срока поставки.

Закон №44-ФЗ не устанавливает специальных по сравнению с ГК РФ правил исчисления сроков. Поскольку этот закон основывается в т.ч. и на положениях ГК РФ при определении

периода, за который начисляется пеня, необходимо учитывать положения ГК РФ о порядке исчисления сроков. Указанные положения предусматривают, в частности, что если последний день срока приходится на нерабочий день, днем окончания срока считается ближайший следующий за ним рабочий день (ст. 193 ГК РФ). Это означает, что если предусмотренный контрактом последний день срока, в течение которого должен быть поставлен товар, приходится, например, на субботу, соответствующее обязательство должно быть исполнено поставщиком в срок не позднее ближайшего следующего за этой субботой рабочего дня (смотрите, например, постановление Арбитражного суда Дальневосточного округа от 01.02.16 №Ф03-5840/15 по делу №А73-3942/2015, постановление Двадцатого арбитражного апелляционного суда от 10.12.18 №20АП-6204/18, оставленное без изменения постановлением Арбитражного суда Центрального округа от 02.04.19 №Ф10-939/19, постановление Восемнадцатого арбитражного апелляционного

суда от 09.01.19 №18АП-15582/18, постановление Четвертого арбитражного апелляционного суда от 08.08.18 №04АП-3729/18).

Вместе с тем ни Закон №44-ФЗ, ни ГК РФ не содержат каких-либо специальных правил на тот случай, когда установленный контрактом срок исполнения обязательства приходится на рабочий день и при этом следующий за ним день (указанный в ч. 7 ст. 34 Закона №44-ФЗ) является нерабочим. В законодательстве отсутствуют нормы, которые указывали бы на то, что первым днем периода, за который начисляется неустойка, может быть лишь рабочий день. К подобным случаям положения ст. 193 ГК РФ неприменимы. Изложенное подтверждается и судебной практикой (смотрите, например, постановление Девятого арбитражного апелляционного суда от 05.09.18 №09АП-44081/18, постановление Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 02.03.16 №13АП-30240/15, постановление Пятнадцатого арбитражного апелляционного

суда от 31.08.18 №15АП-10048/18, постановление Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 05.12.18 №13АП-30118/18, постановление Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 28.07.16 №13АП-13315/16, постановление Первого арбитражного апелляционного суда от 22.05.17 №01АП-2363/17, постановление Второго арбитражного апелляционного суда от 12.04.17 №02АП-1529/17, постановление Пятнадцатого арбитражного апелляционного суда от 04.08.16 №15АП-5276/16). Таким образом, поскольку в рассматриваемой ситуации последним днем предусмотренного контрактом срока для поставки является рабочий день (пятница, 15 марта 2019 г.), пеня за просрочку начисляется с 16 марта 2019 г. То обстоятельство, что указанный день является нерабочим, не имеет значения. Положения ст. 193 ГК РФ в приведенной ситуации не подлежат применению.

Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ

Алексей АЛЕКСАНДРОВ

Покупатель приобретает медицинские очки для коррекции зрения по рецепту врача, т.е. врач-офтальмолог оказывает медицинскую услугу по проверке зрения и выписывает рецепт на очки. Далее пациенту изготавливают очки по индивидуальному рецепту (вставляют линзы корригирующие в оправу).

Имеет ли покупатель право на социальный вычет по НДФЛ от суммы приобретения линз, готовых очков?

Рассмотрев вопрос, мы пришли к следующему выводу:

Социальный налоговый вычет на стоимость корригирующих очков (линз) и стоимость их изготовления не предоставляется.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫВОДА:

В соответствии с пп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ при определении размера налоговой базы в соответствии с п. 3 ст. 210 НК РФ налогоплательщик имеет право на получение социального налогового вычета, в частности, в сумме, уплаченной налогоплательщиком в налоговом периоде за медицинские услуги, оказанные медицинскими организациями, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, ему, его супругу (супруге), родителям, детям (в т.ч. усыновленным) в возрасте до 18 лет, подопечным в возрасте до 18 лет (в соответствии с перечнем медицинских услуг, утвержденным Правительством РФ), а также в размере стоимости лекарственных препаратов для медицинского применения (в соответствии

с перечнем лекарственных средств, утвержденным Правительством РФ), назначенных им лечащим врачом и приобретаемых налогоплательщиком за счет собственных средств.

Как видим, одним из основных условий для предоставления указанного вычета является факт нахождения медицинской услуги и (или) лекарственного средства в соответствующем перечне, утвержденном Правительством РФ.

Постановлением Правительства РФ от 19.03.01 №201 были утверждены перечни медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских учреждениях РФ, а также лекарственных средств, суммы оплаты которых за счет собственных средств налогоплательщика учитываются при определении суммы социального налогового вычета (далее — Перечни).

В результате анализа Перечней установлено, что как линзы корригирующие, так и очки в сборе, а также оправа для линз в них не поименованы. В этой связи можно сделать вывод, что на данные медицинские товары социальный налоговый вычет не предоставляется.

Из разъяснений налоговых органов следует, что при решении вопроса о том, относятся ли оказываемые налогоплательщику услуги к Перечням, следует руководствоваться Общероссийским классификатором видов экономической деятельности (в настоящее время применяется утвержденный приказом Росстандарта от 31.01.14 №14-ст, далее — ОКВЭД2) (письма УФНС России по г. Москве от 19.08.2010 №20-14/4/087724@, от 13.03.2009 №20-14/4/022095@).

Согласно ОКВЭД2 услуги по изготовлению (сборке) очков к деятельности в области здравоохранения (класс 86) не относятся. Учитывая данное обстоятельство, полагаем, что и на услуги по изготовлению корригирующих очков положения пп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ не распространяются.

Разъяснений уполномоченных органов, а также судебных решений применительно к анализируемому случаю нам обнаружить не удалось.

Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ, аудитор, член РСА

Кирилл ЗАВЬЯЛОВ



www.garant.ru





«НЕТ ЖИТЬЯ ОТ ИПОТЕКИ? ВИНОВАТЫ ГОСАПТЕКИ!»

Пенза. Полдевятого вечера. Автобусная остановка где-нибудь в центре города. И полное отсутствие общественного транспорта. А почему?

Город покинул муниципальный перевозчик. На его место пришел бизнес. И вечерние маршруты оказались нерентабельными.

Такой пример прозвучал на круглом столе Комитета Государственной Думы по экономической политике, промышленности, инновационному развитию и предпринимательству, состоявшемся в середине октября. Темой круглого стола стала подготовка ко второму чтению одного весьма неоднозначного законопроекта.

ГОСУДАРСТВЕННУЮ АПТЕКУ ЗАПРЕТЯТ ЗАКОНОМ?

Документ за номером 554026-7 носит название «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части установления запрета на создание и осуществление деятельности унитарных предприятий».

Что такое «унитарные предприятия» для фармацевтической деятельности? Большинство ГУП и МУП — это некоммерческие аптеки.

Конечно, кто-то возразит: аптечное изготовление лекарств (в т.ч. для младенцев и «ясельных» детей) — прошлый век. Что касается льготного отпуска, то проблем здесь столько, что... не отменить ли эту практику (несмотря на то, что

в перебоях с поставками медикаментов виновата вовсе не аптека)?

Часть законодательных инициатив недавнего времени получила собирательное название «регуляторная гильотина». Однако этот, с позволения сказать, «инструмент» является эффективным средством «от любой головной боли» только в анекдоте. Стоит ли рубить сплеча и окончательно перечеркивать некоммерческую часть лекарственного обеспечения?

Ответ на вопрос постарались найти депутаты Госдумы и члены Совета Федерации.

ЧЕМ ОБОСНОВАЛИ ЗАКОНОПРОЕКТ

Главный среди аргументов в пользу документа о запрете ГУП и МУП — конкурентная обстановка. Нахождение госпредприятий на различных конкурентных рынках не способствует здоровой конкурентной среде, считают авторы потенциального закона.

К тому же, форма унитарного предприятия может способствовать... уходу от государственных закупок по закону №44-ФЗ (что, вероятно,



особенно «плохо» в сфере лекарственного обеспечения). А ведь это, ко всему прочему, избегание конкурентных процедур!

В то же время нет рыночных сигналов эффективности унитарных предприятий — как государственных, так и муниципальных. А вот их организационная форма дает им на рынке необоснованные преимущества и даже исключает их из подсистемы антимонопольного контроля. Контроля рыночного тоже нет. Однако такие учреждения мешают созданию частных предприятий. Где же соблюдение национального плана развития конкуренции на 2018–2020 гг.?

Эта проблематика, приведенная в начале круглого стола, относится к сфере полномочий Федеральной антимонопольной службы. Но почему-то вспоминается лозунг одной из известных интернет-дискуссий: «во всех проблемах экономики виноваты медицинские работники»...

ГДЕ ТРУДЯТСЯ МУП И ГУП

Больше всего унитарных предприятий в таких сферах, как:

- гостиничный бизнес и общественное питание пятое место в рейтинге. Здесь сразу вспоминается опыт ряда университетских и школьных столовых. Пришли частники питание стало менее доступным для учащихся. Иногда не только по цене, но и физически;
- на четвертом месте строительная сфера. Предложению отказаться от государственного участия «аплодируют стоя» все обманутые дольщики. А саморегулированию в строительстве малый и средний бизнес;
- на третьей строке сельское хозяйство. Кстати, кто поддержит этот «бизнес» в нерентабельные неурожайные годы? А заодно

- поможет гражданам пережить скачок цен на продукты питания;
- серебряная медаль у торговли (сюда, по букве закона, относится и отпуск лекарственных препаратов);
- на первом же месте недвижимость. Если вспомнить о количестве преступлений, совершенных «черными риелторами», эту сферу зарегулированной и чрезмерно огосударствленной назвать трудно.

НЕ ЗАБЫЛИ ЛИ О КОНСТИТУЦИИ?

«А вы знакомы с Конституцией? — обращается к авторам и сторонникам законопроекта депутат Николай Арефьев. — Согласно ст. 8



Конституции РФ, в нашей стране признаются и защищаются равным образом частная, государственная, муниципальная и иные формы собственности. Почему же репрессивные меры только в одну сторону? Что же, давайте тогда на этих рынках все частные

предприятия преобразуем в ГУП и МУП? Наши законы Конституции противоречить не могут».

Не нужно забывать и о полномочиях, которыми Конституция России наделяет субъекты Федерации, — области, края, республики, города федерального значения. «Из Москвы будем курятниками управлять в регионах? Таким законопроектом мы попираем права субъектов Федерации распоряжаться своим имуществом.



Федерализм-то где? — обращается к коллегам Олег Мельниченко, председатель Комитета Совета Федерации по федеративному устройству, региональной политике, местному самоуправлению и делам Севера. — Что хорошо для Москвы, может быть плохо для Пензы.

Кстати, после 20:00 в Пензе нельзя уехать ни в одну часть города. Потому что в сферу общественного транспорта пришел бизнес... Сегодняшний законопроект нарушает баланс публичных и частных интересов».

ДОЛЖНА ЛИ КОНКУРЕНЦИЯ БЫТЬ ОСНОВНОЙ ЦЕННОСТЬЮ?

«Не во всех случаях конкуренция приводит даже к уменьшению цен, — комментирует депутат Николай Гончар. — По «Социальной карте



москвича» пенсионера пропустят в автобус. А когда едет частная компания, какие социальные льготы? Аргументом должны быть не абстрактные рассуждения о том, что конкуренция и приватизация — это хорошо... У граждан есть социальный опыт».

Действительно, должны ли поликлиники конкурировать за пациентов и их количество? Здоровье нации от такого явно не улучшится. Да и в других сферах конкурентная борьба не всегда во благо.

Николай Гончар привел ряд примеров, когда государственные предприятия — сами, по собственной воле — реорганизовались в акционерные общества. Обещанного «неба в алмазах» люди не увидели. Более того, тысячи человек, трудившихся в когда-то крупных организациях, оказались на улице. На месте некоторых из этих учреждений — жилые комплексы. Вероятно, они более рентабельны, чем промышленность или оборона...

«Где гарантия, что не вырастут цены? — над этим серьезным вопросом предлагает подумать Олег Мельниченко. — И почему отвечает муниципалитет, а решает ФАС?»

Важно, чтобы из-за убеждения «конкуренция — это хорошо» не получилось как с отданным на аутсорсинг детским питанием. Ведь как только вопросом обедов в школах и детских садах занялись частные компании — у школьников и дошкольников начались отравления. Да, в этом

порой винят ротавирус, но не сыграл ли свою роль «упрощенный» контроль качества?

ЧТО ДАЕТ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТАТУС

На круглом столе выступил представитель любимого многими поколениями киноконцерна «Мосфильм». В эпоху рынка предприятие остается государственным и в официальном названии носит ту самую аббревиатуру, которую планируют запретить законом. «Что это дает? Никаких преференций, только дополнительный контроль, — поясняет эксперт. — Но благодаря этому контролю студия (единственная на постсоветском пространстве) и сохранилась».

ОБ ЭФФЕКТАХ ЛИНГВИСТИЧЕСКОЙ АБСТРАКЦИИ

Слова с абстрактным значением бывают очень удобны. Ими легко замаскировать любую серьезную проблему — даже такую, которая угрожает человеческим жизням. «Оптимизация нерентабельного объекта» звучит более респектабельно и менее страшно, чем буквальное — «закрытие аптеки, единственной в поселке с тысячей жителей». Также обстоят дела и с «унитарными предприятиями».

«Одним из аргументов в пользу рассматриваемого законопроекта назвали сокращение государственного сектора. Но закрыв все ГУП, мы не изменим госсектор, — обращает внимание Айрат Фаррахов, руководитель подгруппы в Межфракционной рабочей группе Госдумы по совершенствованию законодательства в сфере



лекарственного обеспечения. — И с чего мы начнем, что будем закроем муниципальную баню? Или ГУП по ремонту обуви? А, может быть, ГУП, которое обеспечивает лекарством?»

Закрыть единственную аптеку... Звучит совсем по-другому, чем

«запрет на деятельность унитарного предприятия».

ГЛАВНОЕ — НЕ НАВРЕДИТЬ ЛЮДЯМ

«Аптечный склад работает на Крайнем Севере, а зарегистрирован в областном центре,



который к Крайнему Северу уже не относится, — поясняет на примере депутат Татьяна Соломатина. — Туда не пойдет частный бизнес». Так что предложение авторов законопроекта оставить ГУП и МУП только в районах Крайнего Севера (а также, например, в сфе-

ре культуры и на неконкурентных рынках с менее чем двумя хозяйствующими субъектами) никак не защитит от разрушительных последствий.

Айрат Фаррахов предлагает такую поправку к законопроекту: **только если решение не ухудшает положение граждан**. И критерий неухудшения положения граждан должен быть четко определен.

«А ведь не навредить людям — главное условие любой нашей деятельности, — продолжает депутат. — Предложения в их сегодняшнем виде ухудшат положение граждан и создадут проблемы регионам».

«Любое ухудшение жизни населения — это необоснованные общественно-политические риски, — предупреждает Олег Мельниченко. — Боюсь, что потом будет поздно...»

А НУЖЕН ЛИ ЗАКОН?

«В стране около 17 тысяч МУП и ГУП на 7 млн зарегистрированных предприятий. Неужели эти 17 тысяч делают погоду? — приводит цифры Николай Арефьев. — Без Крайнего Севера останется еще меньше. Зачем же огород городить? Закон здесь не нужен».

Запомнились слова одной из участниц круглого стола: «Маленькое предложение может повлечь большую беду. Лучше не принять закон, чем принять в таком виде».

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

После круглого стола МА удалось взять комментарий у депутата Госдумы Айрата Фаррахова (ранее — министра здравоохранения Республики Татарстан и заместителя министра здравоохранения Российской Федерации):

• Исключили ли аптеки из законопроекта о запрете создания и деятельности ГУП и МУП? На самом деле этого пока не произошло, — объясняет Фаррахов. — В презентации, которая была представлена Федеральной антимонопольной службой, были обозначены отдельные исключения (например, в области культуры и искусства). Все остальное, как они считают — это конкурентная среда, где необходимо закрывать все государственные и муниципальные унитарные предприятия.

Мы с этим не согласились и считаем, что такая позиция Службы как минимум несистемная. Нет целого ряда ответов на вопросы.

Первое — почему так избирательно предлагается закрыть государственные и муниципальные унитарные предприятия?

Второе — кто определяет, конкурентная среда или неконкурентная? И какова методика? Здесь вероятен источник для серьезной коррупции.

И третье: аптеки в малонаселенных пунктах — это неконкурентная среда. Те 250 аптек, которые сегодня, например, работают в Татарстане в составе государственного унитарного предприятия — это тоже не конкурентная среда. На их места, в «нерентабельные» районы и населенные пункты бизнес не придет. И будет социальное недовольство населения...

Также мы не нашли ответа на вопрос: почему в исполнение собственных полномочий субъектов таким образом вмешивается Федеральная антимонопольная служба?

Субъекты не меньше, чем она, заинтересованы в конкурентной среде. Если же конкурентной среды нет, они вынуждены открывать государственные и муниципальные унитарные предприятия.

Также одним из аргументов ФАС был очень большой государственный сектор в нашей экономике. Мы говорим о том, что существуют большие госкорпорации, но вместе с тем внимание обращают именно на ГУП и МУП. Что тоже вызывает значительные вопросы, тем более

что предприятия, занимающиеся фармацевтической деятельностью, могут только стать бюджетными организациями. Следовательно — при чем тогда аргументы, что «у нас везде госсектор»?

Мы внесли поправку, которая заключается в следующем: решения о ликвидации ГУП и МУП принимать, только если они не ухудшают положение граждан Российской Федерации на той территории, на которой работало такое предприятие.

Не можем сказать, что ухудшения не произойдет. Потому что, например, ГУП и МУП, которые выпускают ортопедическую обувь для инвалидов, на сегодняшний день практически все закрылись. Закрывать последние, на мой взгляд, было бы очень и очень нецелесообразным. Это вызовет высокую социальную напряженность.

То же самое с аптеками. В том числе — с аптеками производственными (чуть больше месяца назад внесли проект закона об их поддержке, и что будет теперь?). И с многими другими направлениями...

На мой взгляд, предложенный закон ухудшит положение граждан, и принимать его в таком виде нельзя.

Екатерина АЛТАЙСКАЯ





МАРКИРОВКА ПЛЮС ПРОВЕРКИ = ?

Проверки, проверки... Кто поспорит с тем, что это важная часть аптечной деятельности?

Когда речь идет о жизни и здоровье, контроль не имеет права быть поверхностным. Однако с нового года в работе аптеки появится еще один любопытный контролируемый параметр. Речь о маркировке. Что готовит аптекам система МДЛП — именно с этой, контрольно-надзорной, точки зрения?

УКЛОНЯЕТЕСЬ ОТ МАРКИРОВКИ? ВАМ ВЫПИШУТ ШТРАФ!

С 1 января маркировка лекарственных средств появляется... нет, не только в жизни аптеки. Или завода, производящего фармпрепараты. Мониторинг движения медикаментов стал предметом отдельной статьи в Кодексе об административных правонарушениях. Речь о статье 6.34 «Несвоевременное внесение данных в систему мониторинга движения лекарственных препаратов либо внесение в нее недостоверных данных».

За ошибку или промедление должностному лицу выпишут штраф. В размере от 5 до 10 тыс. руб. (кажется, это не так страшно, но что если сравнить цифру со средней зарплатой фармацевта или провизора?). Лицо юридическое (например, та же аптека) расстанется с суммой от 50 до 100 тыс.

А предприниматели без образования юридического лица (так работает часть единичных аптек), согласно примечанию к статье 6.34 отвечают как юридические лица. То есть в том же размере.

И возникает вопрос: как быть аптеке, когда данные в систему внесены с опозданием... из-за сбоя в самой системе?

(С подобной проблемой давно сталкиваются поликлиники: «зависает» электроника, а служебные взыскания получает почему-то врач.)

«АЛКОГОЛЬНАЯ» СТАТЬЯ ПОДЕЙСТВУЕТ НА ЛЕКАРСТВА

В КоАП уже сегодня есть другая, более общая норма о маркировке. Упоминания лекарств в ней пока нет, только товары и продукция «в общем и целом», а также изделия табачные и алкогольные.

Запрет на уклонение от маркировки предметов, подлежащих ей согласно законодательству (а также на ошибки в маркировке), установлен статьей 15.12. Называется она так:

«Производство или продажа товаров и продукции, в отношении которых установлены требования по маркировке и (или) нанесению информации, без соответствующей маркировки или информации, а также с нарушением установленного порядка нанесения такой маркировки и (или) информации».

Несмотря на название, действие нормы распространяется не только на выпуск и реализацию — в пункте 2 говорится и о хранении, и о перевозке неверно промаркированной (или вовсе не промаркированной) продукции.

Штраф для юридического лица, уличенного, например, в отпуске немаркированных препаратов, согласно ст. 15.12 составит от 50 до 300 тыс. руб. (разумеется, речь только о лекарственных препаратах, выпущенных после 1 января). С конфискацией предметов административного правонарушения.

Что, если конфискованные лекарства окажутся в единственном экземпляре?

И именно этот, пусть и не промаркированный экземпляр, срочно необходим пациенту...

ЧТО СЛУЧИЛОСЬ В ПОДМОСКОВЬЕ?

Запомнилась цифра, которую привела **Елена Баландина**, помощник руководителя Территориального органа Росздравнадзора по г. Москве и Московской обл. За первые 9 месяцев 2019 г. в Подмосковье состоялось 623 внеплановых проверки. Это на 43% больше, чем в 2018 г. Почти в два раза.

В чем причина?

Не получилось ли так, что из-за спешной подготовки к маркировке пострадала собственно фармацевтическая или собственно медицинская деятельность?

О ЛЕКАРСТВАХ В ИНТЕРНЕТЕ...

На маркировку возлагают надежды в решении одной, действительно серьезной проблемы. Речь о фальсификате или о недоброкачественных лекарствах, превратившихся в яд из-за нарушений при производстве или небрежности в правилах хранения.

«Нужно помнить, что самая большая ответственность — это конечный эффект, — подчеркивает руководитель Территориального

органа Росздравнадзора по г. Москве и Московской обл. Андрей Плутницкий. — Для чего необходимы лекарства? И медицинская продукция? Для оказания медицинской помощи. И если оно повлекло причинение вреда жизни и здоровью (а это возможно из-за некачественных лексредств и медизделий) — это вопрос не только привлечения к ответственности. Но и профессиональной этики и понимания».

В 2019 г. Территориальный орган смог пресечь незаконное обращение поддельных гормонов роста. «Лекарства» маркировались прямо в офисе мошенников. И активно распространялись по объявлениям в сети Интернет. Чаще всего откликались спортсмены и те, кто решил в кратчайшие сроки привести себя «в форму». Мечта нарастить мышечную массу, правда, приводила к иному результату...

... И О ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ

«Кричащего предложения продаж стало меньше. Интернет-продажи тоже стали трансформироваться. Рынок чувствует риски привлечения к административной и уголовной ответственности. За последние три года отмечен рост числа уголовных дел по медицинской продукции», — комментирует Андрей Плутницкий. И если в 2017–2018 гг. наказания были в основном в виде штрафов, то в 2019-м растет число дел с реальными сроками.

Правоприменительная практика сформирована и по статье 6.33 КоАП (она применяется, если продажа, например, фальсифицированных или недоброкачественных лекарств не содержит признаков уголовно наказуемого деяния). Во многих случаях удается привлечь к ответственности всех участников — от курьера до юрлица.

КАК ПРЕДОТВРАТИТЬ НАРУШЕНИЯ?

Методы пресечения не могут быть единственной мерой. Пусть ответственность серьезна — увы, совершенствуются способы ее избежать.

Росздравнадзор стремится решить эту проблему с помощью профилактических

программ, направленных на информирование населения. Ведь и социальная реклама на автобусной остановке может спасти чью-то жизнь. Человек увидит, прочтет, задумается и... успеет передумать вовремя.

«Стараемся донести информацию до сведения граждан и до сведения рынка. Призываем граждан быть бдительными и внимательными к своему здоровью», — поясняет руководитель территориального органа Службы.

К сожалению, аргументы о жизни и здоровье часто бессильны против цифры на ценнике. Она порой способна отключить даже инстинкт самосохранения. К тому же, пациенты с серьезными заболеваниями нередко думают: терять нечего. И потому не боятся сомнительных интернет-сайтов.

Однако дорогостоящие препараты часто бывают термолабильными. Не навредит ли лекарство с режимом хранения от 2 до 8°С, если оно «хранится» в комнате без кондиционера при тридцатиградусной жаре?

Территориальный орган Росздравнадзора по Москве и Московской обл. действительно делает все возможное. Но если говорить о профилактике нарушений, насколько поможет в этом маркировка?

Может быть, решиться наконец на лекарственное возмещение не только в рамках «пилотов», и тогда цена лекарства перестанет быть решающим фактором для пациента?

И ЕЩЕ РАЗ О ДОСТАВКЕ

Не пресекать противозаконные деяния — значит, вредить всем, кто законопослушен, замечает Андрей Плутницкий. Выявление поддельных или недоброкачественных лекарств — вопрос безопасности добросовестной аптеки. Но дело в инструментах.

Сочетание «маркировка плюс дистанционная торговля» способно перечеркнуть даже врачебную тайну. Кто (и с какой целью) воспользуется утечкой информации о том, что его сосед или сослуживец — «сердечник»?

ГОТОВНОСТЬ В ЦИФРАХ

Меняющиеся нормы и положения маркировки — серьезное испытание для многих аптечных организаций. Неудивительно, что от

руководителя аптеки порой можно услышать: лучше подождать до момента, когда документы уже точно не изменятся. Ведь переоборудование и переобучение потребуют еще и еще ресурсов.

В Подмосковье к системе маркировки подключены 40–50% медицинских и аптечных учреждений.

«За октябрь месяц удвоилось число фарморганизаций, подключившихся к системе маркировки, — рассказывает Константин Кокушкин, советник первого вице-губернатора Московской обл. — В минздраве области создана горячая линия по процессу подключения. И министерство, и Росздравнадзор постоянно выезжают на места, консультируют. Ситуация требует дальнейших совместных усилий. Времени до нового года остается не так много. Государственные организации, аптечные и медицинские, уже в системе. Остается частным фармацевтическим учреждениям принять эстафету».

А ЧТО ЖЕ ДАЛЬШЕ?

Планируется внесение маркировки в лицензионные требования для медицинских и фармацевтических организаций, предупреждает Роман Курынин, заместитель руководителя Территориального органа Росздравнадзора по г. Москве и Московской обл.

А еще система кодирования и прослеживания уже сегодня определяет зону особого внимания контролирующих органов. Ведь с экрана компьютера прекрасно видно, какие участники фармацевтического сообщества еще не внедрили у себя обязательную маркировку.

Напомним, в настоящее время находится на согласовании план проверок Росздравнадзора на наступающий 2020 год... Однако не подключившиеся к системе МДЛП аптеки рискуют стать объектом пристального внимания не только профильной Федеральной службы, но и других контролирующих органов.

Конечно, работа с маркировкой сложна и для аптеки, и для медицинского учреждения. Но недостатки системы легче выявить, когда принимаешь активное участие в работе над ней.

По материалам пресс-конференции в МИА «Россия сегодня»

Екатерина АЛТАЙСКАЯ





СТМ В АПТЕКЕ: «ПЛЮСЫ» И «МИНУСЫ»

Выпуск и продажа аптечными сетями товаров под собственной торговой маркой (СТМ) пришли в фармацевтическую розницу из продуктового ритейла. Но так ли гладко идет за-имствование этого маркетингового хода?

АПТЕКА — **НЕ СУПЕРМАРКЕТ**

Теоретически товары под собственной торговой маркой (СТМ) — это продукты ритейла, выпускаемые им под собственным брендом. Как правило, выпускают такие товары компании — партнеры розничных сетей по прямому с ней договору. Такой маркетинговый подход позволяет добиться пяти основных целей:

- 1. Практически постоянного наличия продукта.
 - 2. Гарантии его качества.
 - 3. Повышения лояльности к розничной сети.
- 4. Стабильно низкую цену по отношению к аналогичным товарам чужих брендов.

И все это — для увеличения дохода компании-продавца.

«Важно понимать, что в аптечных сетях ситуация с СТМ выглядит несколько иначе, чем в классическом продуктовом ритейле. Первое — наличие продукта. Оно в любом случае зависит от логистической цепочки. Даже тогда, когда из нее исключен дистрибутор и поставки идут напрямую от производителя. Как правило, аптечные сети не располагают такими транспортными возможностями, как продуктовые супермаркеты. А потому вынуждены быть зависимыми от поставщиков. Второе — качество.

Но качество аптечных товаров проверяется представителями государственных регуляторных органов, а не работниками аптек. Третьелояльность. Добиться ее в аптечном сегменте, в отличие от продуктового ритейла, крайне сложно. Уж очень специфические товары продают первостольники. И, к сожалению, препараты СТМ тут никак не помогут. А вот низкую цену на аптечную продукцию, выпускаемую под СТМ, обеспечить можно. В большинстве случаев понижение цены товара под СТМ по сравнению с «чужим» составляет 15–30%. Но на некоторые позиции этот показатель достигает 50-80%. И это, пожалуй, единственный неоспоримый, но не безоговорочный «плюс». Конечно, при правильной постановке дела он способен существенно



повысить сбыт, а значит и прибыль аптечной сети. Однако, если покупатель привык платить за какую-то аптечную позицию, например, 500 руб., а мы его переключим на 300, а другая сеть вслед за нами на 200, то как нам потом переключить покупателя обратно.

Если не на 500, то хотя бы на те же 300 руб.? Думаю, это будет сделать очень не просто», — считает управляющий партнер компании «Проектирование систем управления» Павел Лисовский.

Да, для аптечной розницы главным преимуществом использования СТМ является высокая маржа. В основном ее обеспечивают отсутствие цепи посредников и минимальные затраты на продвижение. Ведь, несмотря на то, что отпускные цены на СТМ, как правило, существенно ниже цен на известные импортные аналоги, аптека зарабатывает на них больше. Просто потому, что низкая входная стоимость продуктов СТМ позволяет сделать на них максимальную наценку.

БАД — НЕ ЛЕКАРСТВО

В европейских странах товары под СТМ, в т.ч. и в аптечном сегменте потребительского рынка, начали выпускать значительно раньше, чем в России. Видимо опыт (а он и там «сын ошибок трудных») принес свои позитивные плоды. Сегодня до 30–50% аптечной розницы составляют продукты СТМ. У нас же пока все очень не просто. Причем не только для аптек, но и для покупателей.

«Одна из насущных проблем, с которой мы успешно справляемся, — замещение лекарственных препаратов на БАД аптечной сети. Да, конечно, БАД — не лекарство. Но аптеке нужен доход. И не тогда, когда она разработает и выпустит лекарственный препарат, а здесь и сейчас. Особенно сейчас, когда ощущается существенное сокращение маркетинговых бонусов со стороны поставщиков. При этом, конечно, продавать их очень и очень не просто», — откровенно заявляет руководитель развития эксклюзивного портфеля и СТМ аптечной сети «Ригла» Дарья Луцко.



Итак, на сегодняшний момент под аптечным СТМ в подавляющем большинстве случаев предлагаются именно БАД. Это и понятно. Разработка собственного лекарства требует больинтеллектуальных, производственных, финансовых и временных затрат. У российских аптечных сетей их нет. Во всяком случае, пока. Тем не менее при производстве БАД приходится тратить деньги и время не только на производство самого продукта, но и на дизайн упаковки, и на регистрацию торговой марки. Ведь СТМ, как и любая торговая марка, должна быть зарегистрирована в качестве товарного знака. А заявка на регистрацию товарного знака подается в Роспатент. Стандартный срок регистрации около 8-10 месяцев. За ускоренную регистрацию (она длится около 2 месяцев) приходится платить дополнительно.

А ЧТО ЖЕ «БРЕНДЫ — ИКОНЫ»?

Пока без лекарственного ассортимента, выпускаемого известными производителями, аптечным сетям не обойтись. Ведь именно они создают так называемый трафик. Другими словами, именно благодаря «брендам — иконам» в аптеки идет поток покупателей. И работник первого стола, дабы не уронить имидж своей организации, должен обязательно удовлетворить спрос на известный продукт. И уже потом предложить что-то еще. Например, БАД под СТМ своей аптечной сети. Однако, даже если в определенной товарной категории собственный продукт аптеки лидирует, это не значит, что она может ограничить весь ассортимент. «Маркетинговые исследования показывают, что покупатель, придя в аптеку, приобретает, как правило, товаров с коэффициентом 2,3-2,5. То есть на один чек приходится не один, а 2,3–2,5 товара. И это — в среднем по России. В мегаполисах сей коэффициент, особенно в период эпидемий ОРВИ и гриппа, существенно больше. Поэтому, если доходность повышается лишь в одной товарной категории, это не значит, что она повышается по всей аптеке», — предупреждает Павел Лисовский.

КАК ЭТО ПРОДАТЬ?

Продавать БАД вместо лекарственного средства — дело финансово доходное, но... явно «с заниженной социальной ответственностью». И участники аптечного бизнеса не могут этого не понимать. Ну а «крайними» в этом становятся работники первого стола. Именно они должны настойчиво, что называется «на голубом глазу», предлагать покупателям приобрести вместо брендового лекарственного препарата аптечный продукт под СТМ, имея при этом весомые аргументы. Вполне объяснимо, что многие фармацевты не хотят этого делать.

«Степень возмущения первостольников тем, что руководители аптек их буквально принуждают навязывать покупателям вместо лекарств БАД, близка к критической отметке», — утверждает преподаватель учебного центра «Доктрина». Многие фармацевты, устраиваясь на работу, сразу интересуются, придется ли им продавать СТМ. И, если слышат в ответ «да», то просто отказываются трудиться в такой аптечной организации. При этом они выдвигают весьма простой, но справедливый аргумент, который звучит так: «Я не промоутер и не менеджер по продажам. Меня этому не учили».

Что же делать, чтобы «и волки были сыты, и овцы целы»? По мнению маркетологов, нужно просто правильно выстраивать работу персонала. Конечно, это не просто. Ведь в крупной аптечной сети бывает более 2 тыс. торговых точек с общим количеством сотрудников более 13 тыс. человек. И все же надо стремиться к организационному совершенству. Например, фармацевт, ведущий отпуск, никогда не должен отговаривать покупателя от приобретения препарата, за которым он специально и пришел. Да к тому же, если именно это лекарственное средство (по МНН!) ему порекомендовал врач. И уж тем более не следует говорить, что такого лекарственного препарата в аптеке вообще нет в наличии. Этим можно сильно и надолго подорвать авторитет аптечной организации в глазах покупателя. В хорошей аптеке должно быть все. И даже больше. Именно этим «больше» и может стать БАД под CTM.

А еще фармацевту следуют помнить, что минимум 18–20% посетителей аптеки приходят свполне определенными жалобами: на боли различной этиологии, воспалительные процессы в

суставах или горле, насморк, кашель, проблемы с ЖКТ, стрессы, нехватку витаминов и т.п. И этим людям нужна помощь квалифицированного фармацевта. Тут-то и нужно дать правильный, в т.ч. для аптечной организации, совет — приобрести СТМ. С остальными 80% сложнее. Они знают, зачем пришли. Но и с ними нужно и можно работать. Например, как бы между прочим, обратить внимание покупателя на СТМ, заметив, что стоит этот препарат существенно дешевле того, который он хочет приобрести.

Надо напомнить работникам аптеки и тот исторический факт, что популярный ныне аспирин начинал свое шествие по морю «аптечного бизнеса» именно как СТМ. Просто и аптечный продукт необходимо рекламировать. Причем не только в аптеке, но и за ее пределами.

СТМ КАК УГРОЗА

Именно как угрозу своему бизнесу воспринимают СТМ компании — производители лекарственных препаратов. И многие руководители аптечной розницы не только знают об этом, но и активно этим пользуются. Зачастую — в ответ на кризис маркетинговых договоров. В результате поставщики, услышав, что аптечная сеть собирается выпускать продукты под СТМ, начинают идти на определенные уступки руководителей розницы. По существу такое поведение аптек — шантаж, но он срабатывает.

Работает и такой агрессивный подход производителей СТМ, как имитация брендовой упаковки. И компании-производители этого тоже очень опасаются. Конечно, потом можно подать на владельцев СТМ в суд, в ФАС и отстоять свои патентные права. Но рассмотрения дел тянутся долго. Да и кому нужны такие хлопоты! Лучше договориться с аптекой...



Неудивительно, что вице-президент по развитию бизнеса, маркетингу и продажам компании Alium **Андрей Белашов**, как бы транслируя мнение большинства фармпроизводителей, об-



ращается к аптечной рознице с такими словами: «Аптеки! Тратьте деньги, время и креативные способности на создание привлекательного имиджа своей сети. И тогда ваш оборот будет таковым, что вам не понадобится заниматься выпуском своих СТМ».

Да, уже есть аптеки, которые устанавливают стационарные (чтобы посетители не унесли с собой) аппараты для измерения артериального давления. Другие в период эпидемии раздают медицинские маски каждому, изъявившему

желание таковую заполучить, посетителю. Третьи организуют консультации врачей-косметологов с индивидуальной диагностикой кожи. Четвертые ставят стенды с информацией для тех, кто пытается бросить курить или снизить вес. Все это привлекает посетителей, т.к. они чувствуют заботу о себе, и, в свою очередь, создает благоприятную репутацию аптечной организации.

Многие успешные аптеки выстраивают доверительные отношения с местными клиниками и госпиталями. И правильно делают. Ведь одна из лучших рекомендаций — это рекомендация докторов, советующих аптеку своим пациентам. А что касается БАД под СТМ, то их, конечно, можно производить, делать качественными и предлагать потребителю, но только не навязывая вместо настоящих лекарств.

По материалам заседания РАФМ «Сила продуктовых брендов vs сила аптечных сетей»

Марина МАСЛЯЕВА





НЕМНОЖЕЧКО НЕ РАССЧИТАЛИ. ЧЕГО ОПАСАТЬСЯ 29 НОЯБРЯ?

Нужно ли специалисту учиться — вопрос риторический. Особенно для медицины и фармации. Но иногда профессионал может потерять право на работу... только за то, что получил не то образование.

Цена неаттестации специалиста проста: тысячи аптек могут недосчитаться лекарств. А миллионы пациентов рискуют не получить лечение.

И все это уже с 29 ноября.

В чем же дело?

Ситуация (к сожалению, весьма распространенная) стала предметом обсуждения на IV Всероссийской GMP-конференции с международным участием, прошедшей в конце сентября. В ходе фармюридической сессии «Актуальные тенденции в сфере регулирования производства лекарственных средств» о проблеме и путях ее решения рассказала профессор Наталья Пятигорская, член СПК в области фармации, заведующая кафедрой промышленной фармации Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Наталья Валерьевна ответила МА на ряд вопросов по теме.

ЧТО МЕНЯЕТСЯ 29 НОЯБРЯ?



Согласно ст. 52.1 Федерального закона от 12.04.10 №61-Ф3 «Об обращении лекарственных средств» с 29 ноября 2019 г. меняется процедура ввода в гражданский оборот лекарственных препаратов для медицинского применения. Предполагается

обязательное подтверждение уполномоченным лицом производителя лекарственных средств соответствия лекарственного препарата требованиям, установленным при его государственной регистрации.

Что это за специалист — уполномоченное лицо производителя лекарственных средств?

Это его работник, аттестованный в установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти порядке. И имеющий трудовой стаж не менее пяти лет в области производства и (или) контроля качества лекарственных средств. А высшее образование — соответственно по одной из специальностей

и (или) одному из направлений подготовки: биология, биотехнология, ветеринария, клиническая медицина, радиационная, химическая и биологическая защита, фармация, фундаментальная медицина, химическая технология, химия.

Проверка по этим параметрам не всегда проходит верно. Основные ошибки — в установлении соответствия полученного образования и начале отсчета трудового стажа.

КАК РАБОТАЮТ ЭКСПЕРТНЫЕ ГРУППЫ

В целях рассмотрения документов, подготовки заключения по отчетам о профессиональной деятельности, проведения тестового контроля знаний и собеседования, а также принятия решения по вопросам аттестации заявителей в качестве уполномоченных лиц — приказом Минздрава России от 24.12.13 №1063 «Об утверждении состава аттестационной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по аттестации уполномоченного лица производителя лекарственных средств для медицинского применения» были созданы экспертные группы.

Экспертная группа Сеченовского университета — единственная, в состав которой, как и в состав Координационного совета Аттестационной комиссии Минздрава России (далее КС), входят представители ведущих профессиональных ассоциаций в фармацевтической промышленности. Что должно было бы обеспечивать согласованную с КС оценку заявителей. Наряду с этим долгое время существовали разные механизмы улучшения результатов работы Экспертной группы:

- внесение предложений по работе в КС;
- приглашение на заседание КС для обсуждения сложных вопросов и неясностей;
- периодическое общение с председателем Аттестационной комиссии; обратная связь на вопросы и предложения Экспертной группы, направляемые по электронной почте ответственному секретарю КС.

В настоящее время не функционирует ни один из механизмов...

НЕАТТЕСТОВАННЫХ ВСЕ БОЛЬШЕ

При этом за последний год существенно возросло количество отказов в аттестации заявителей. Специалистов, рекомендованных всеми экспертными группами.

Вызывает большие опасения практика по отказу в аттестации по причине несоответствия образования действующим уполномоченным лицам. Ведь их образование уже было признано соответствующим, и они были успешно аттестованы пять лет назад, в 2014 г.

Почему так происходит?

О РОДСТВЕННЫХ ПРОФЕССИЯХ

В настоящее время в нашей стране все специальности сгруппированы в Общероссийском классификаторе специальностей по образованию (ОКСО), утвержденном приказом Росстандарта от 08.12.16 №2007-ст.

Принадлежность специальностей, полученных ранее и отсутствующих в ОКСО, можно определить в предыдущих версиях документа ОКСО: ОК 009-2003. Согласно этому акту:

«Под профессией, специальностью, направлением подготовки понимается совокупность компетенций, приобретенных в результате получения среднего профессионального или высшего образования и обеспечивающих постановку и решение определенных профессиональных задач. Профессии, специальности и направления подготовки объединяются в укрупненные группы. Под укрупненной группой понимается совокупность родственных профессий, специальностей и направлений подготовки. Для обобщенной характеристики профессий, специальностей и направлений подготовки укрупненные группы объединяются в области образования. Под областью образования понимается совокупность укрупненных групп, относящихся к определенной сфере деятельности».

Группировка специальностей и направлений подготовки установлена приказами Минобрнауки России в виде перечней УГСН. Укрупненные группы специальностей и направлений подготовки (УГСН) объединяют специальности и направления, относящиеся к одной предметной области.

ОСОБЕННОСТИ СООТВЕТСТВИЯ

Минобрнауки России на протяжении почти десятилетия издавало не только перечни, но и приказы, позволяющие установить соответствия между версиями ОКСО и разными версиями перечней УГСН. Письмо Минобрнауки от 24.06.14 №АК-1666/05 «Об установлении соответствий при утверждении новых перечней профессий, специальностей и направлений подготовки указанным в предыдущих перечнях профессий, специальностей и направлений подготовки» разъясняет:

«установленные соответствия по направлениям подготовки и специальностям, указанным в старых и новых перечнях, подтверждают идентичность содержания, условий и требований к результатам реализуемых по ним образовательным программам».

Очень важный маркер родственности специальностей — наличие или отсутствие разных федеральных государственных образовательных стандартов, определяющих общепрофессиональные компетенции, единые для профессии. У ФГОС в рамках одной предметной области эти компетенции также близки.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу по направлению подготовки 18.00.00 «Химические технологии», включает: разработку научных основ, создание и внедрение энерго- и ресурсосберегающих, экологически безопасных технологий в производствах основных неорганических веществ, продуктов основного и тонкого органического синтеза, полимерных материалов, продуктов переработки нефти, газа и твердого топлива, микробиологического синтеза, лекарственных препаратов и пищевых продуктов, разработку методов обращения с промышленными и бытовыми отходами и вторичными сырьевыми ресурсами.

Область профессиональной деятельности по направлению 19.00.00 «Промышленная экология и биотехнологии» включает: технологии получения продукции с использованием микробиологического синтеза, биокатализа, генной

инженерии и нанобиотехнологий; эксплуатацию и управления качеством биотехнологических производств с соблюдением требований национальных и международных нормативных актов.

Что же на практике?

Согласно алгоритму, установленному Минобрнауки России, специальность «Биохимия» (по которой заявитель обучался в 1995 г.), как и ученая степень «кандидат биологических наук» (полученная в 2004 г.), относится к направлению подготовки «Биология». Но положительное решение Экспертной группы поддержано не было.

А вот еще пример. Специальности «Технология основного органического и нефтехимического синтеза», «Технология рекуперации вторичных материалов промышленности», «Химическая технология биологически активных соединений», «Химическая технология, профиль промышленная технология лекарств», как и многие другие, относятся к направлению подготовки «Химическая технология». Но люди с этими специальностями, имея стаж в области производства и (или) контроля качества лекарственных средств от 10 до 45 лет, так и не были аттестованы. Для многих из них аттестация была не первой...

ХИМИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ— НЕПОДХОДЯЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ?

Похожая ситуация сложилась и со специалистами, имеющими специальность «Химическая технология материалов современной энергетики». Еще во ФГОС 250900 от 1995 г. есть указание, что выпускники работают с «радиоактивными и стабильными изотопами и особо чистыми веществами, и сырьем для их получения, материалами, получаемыми с использованием радиационной обработки, технологическими процессами их получения, установками и аппаратами для проведения технологических процессов, приборами и методами исследования свойств сырья и продуктов его переработки в лабораторных и промышленных условиях». Однако данная информация не принимается во внимание Координационным советом Аттестационной комиссии.



Выпускники этой специальности, учитывая наличие специализированных знаний в области ядерной физики и радиохимии, работают, как правило, на предприятиях, выпускающих радиофармацевтические лекарственные препараты и в ПЭТ-центрах.

ПОСТУПИЛ В МАГИСТРАТУРУ — ПОТЕРЯЛ ТРУДОВОЙ СТАЖ?

Для создания условий по получению компетенций в области обращения лекарственных средств было утверждено и успешно реализуется новое направление подготовки «Промышленная фармация». Однако выпускники данной магистратуры, по мнению КС, также не соответствуют требованиям к уполномоченным лицам.

Причина проста — недостаточность стажа в области производства и (или) контроля качества лекарственных средств. И все из-за одной «технической» ошибки: стаж считают от года окончания этой магистратуры. Но никак не от года получения первого высшего образования!

Так, специалист с 15-летним опытом, окончивший магистратуру три года назад, оказывается... новичком с трехлетним опытом работы. С таким стажем он на должность уполномоченного уже не подходит.

БАРЬЕР МЕЖДУ ЧЕЛОВЕКОМ И ЛЕКАРСТВОМ

Наличие аттестованного уполномоченного лица — одно из лицензионных условий производства лекарственных средств. Таким образом, отказ в аттестации, неожиданный для действующего уполномоченного лица или нового заявителя, может привести к возникновению у его работодателя грубых нарушений лицензионных условий. И даже к остановке выпуска продукции в обращение, если на предприятии только одно аттестованное лицо.

29 ноября вводится новый порядок выпуска лекарственных препаратов в обращение. Учитывая роль в нем аттестованных Минздравом уполномоченных лиц, нужно заметить: проблемы аттестации — это дополнительные риски для успешной реализации проводимых в настоящее время реформ в области обращения лекарственных средств.

Риски, которые могут внести негативный вклад в обеспечение доступности лекарственных препаратов для граждан России. А также стали излишними административными барьерами, ухудшающими условия работы фармацевтических предприятий.

За формальные ошибки экспертов (например, в расчете трудового стажа уполномоченного по качеству) каждый из нас рискует ответить своим здоровьем.

Екатерина АЛТАЙСКАЯ





СОВРЕМЕННАЯ ФАРМАЦИЯ: КЕМ БЫТЬ?

Привычное для слуха понятие «фармацевт» имеет не одно значение, и было бы ошибочно равнять всех специалистов столь обширной отрасли в один ряд. Фармацевтическое направление объединяет как представителей розницы — фармацевтов и провизоров, продавцовконсультантов, так и химиков-технологов фармпроизводств, сотрудников фармкомпаний, представителей дистрибуторского звена, фармакологов в ЛПУ. Каждый из них — составляющая единого целого.

Слово *apotheca* греческого происхождения, в переводе — специализированный общий магазин или склад. С течением времени смысловая нагрузка изменилась, и сегодня во всех языках это слово обозначает аптечное учреждение.

ОТГОЛОСКИ СТАРИНЫ

История врачевания на Руси прошла период первобытной эпохи, результатом которого стали национальные традиции и огромный эмпирический опыт народной медицины. Первых врачей называли знахарями, ведунами, кудесниками, волхвами.

Во времена Владимира Мономаха появились привозные лекарства — «зелья», которые доставляли из Александрии.

Со второй половины XV в. из Западной Европы в Московское государство стали приезжать врачи, лечившие знать. Они привозили с собой запасы лекарств, организовывали закупки лечебных средств и лекарственного сырья на европейских рынках.

В XVI в. в Москву прибыли из Европы первые профессионалы из числа аптекарей.

Однако аптеки, подобные западным, стали появляться у московитов только в XVI в. (прежде всего, при царском дворе). Аптекари из Западной Европы попадали в Московское государство в числе сопровождающих врачей, приглашаемых к царскому двору. В 1581 г. в Москве была основана первая аптека европейского образца аптекарем Джоном Френшамом (Френчем).

К этому времени при царском дворе аптекарская деятельность сводилась либо к приготовлению лекарств самими приезжими лекарями, либо аптекари готовили яды по заказам Ивана Грозного.

Торговля аптекарскими товарами настолько разрослась в начале XVII в., что были основаны специальные аптекарские склады. В аптеке перерабатывали сырье и готовили лекарства. Этим занимался большой штат аптекарей и «алхимистов», а также «дистилляторов» и аптекарских учеников. Фармацевтика в этот период переплеталась с ремесленничеством, поскольку множество известных фармацевтических «технологий» по изготовлению различных лекарственных

форм пересекалось с рецептами приготовления материалов для строительных работ и т.д.

Аппаратурное оснащение первых аптек в России не уступало западным: при них имелись поварни с приборами и инструментами, большие перегонные кубы, печи и мощные прессы для проведения всех видов химических работ.

Увеличение числа аптек в Москве потребовало создания аптекарских садов и огородов. Первый был на Москве-реке под Кремлевской стеной. Второй — на Мясницкой улице (у ворот). Третий — заложен в Немецкой слободе.

20 марта 1672 г. в Москве появилась первая публичная российская аптека.

А аптечная реформа, начавшаяся при Петре Первом, закрепила европейский тип и европейские нормы аптечной деятельности.

В 1784 г. был издан указ, разрешающий учреждать в Москве новые аптеки, что сопровождалось увеличением сообщества фармацевтов.

И вот в XIX столетии сложилось классическое понимание профессии фармацевта, сохранившееся до наших дней.

ФАРМАЦЕВТ — ЗВУЧИТ ГОРДО

Рост числа аптек сделал профессию фармацевта очень востребованной. Однако не все понимают ее особенности. Говоря простым языком, фармацевты работают в аптеках и продают лекарственные средства и препараты. На самом деле специалисты первого стола ведут отпуск лекарственных средств, в его задачи входит не просто продажа, он должен досконально знать химический состав лекарств, способы их применения, хранения, противопоказания и т.д. Ведь любая ошибка первостольника может привести к весьма непредсказуемым результатам.

Следует учитывать, что в обязанности фармацевта согласно НАП входит обязательное консультирование посетителей. Последние задают все больше вопросов, особенно если нет желания или времени идти к врачу. В том случае, когда тот или иной препарат отсутствует в аптеке или стоит слишком дорого, в задачи фармацевта входит подсказать его аналог, а это требует ответственного подхода и хороших знаний.

В основные обязанности фармацевта в аптеке входит:

- заказ и продажа лекарственных и медицинских препаратов;
- выкладка товара и поддержание порядка в аптеке;
- консультирование клиентов;
- соблюдение стандартов обслуживания;
- контроль срока годности медикаментов.

Имея профильное образование в должности фармацевта человек может работать также на оптовых складах; в лабораториях и научно-исследовательских институтах, в фармацевтических компаниях.

В фармацевтических компаниях фармацевты могут заниматься коммерческими вопросами (продвижением товаров на рынке).

Главные требования к фармацевту можно свести к следующему:

- фармацевтическое образование;
- опыт работы; наличие действующего сертификата; умение работать на ПК и кассовом аппарате; коммуникабельность и доброжелательность.

Для работы фармацевтом необходимо получить профильное образование (среднеспециальное), а затем устроиться работать по специальности (чаще всего в ОГФ), но карьеру сделать сложно. Гораздо больше шансов в исследовательских и производственных учреждениях, но их значительно меньше, чем аптек. Конечно, если хочешь делать карьеру в рознице фармрынка — стать заведующей аптекой, руководителем аптечной сети — обязан пройти путь обучения в вузе.

КАК СТАТЬ ПРОВИЗОРОМ?

Эту специальность можно получить по окончании высшего учебного заведения (фармацевтического факультета медицинского университета/института).

Провизор может как и фармацевт вести отпуск за первым столом (как правило, это отделы рецептурного отпуска и рецептурнопроизводственные), но может и сделать карьеру в аптечной рознице, а именно стать провизором-технологом, старшим провизором, получить назначение в уполномоченные по качеству, заместители заведующего и заведующего.

На фармпроизводствах провизоры-технологи специалисты тоже востребованы и, как правило, работают технологами производства (несут ответственность за процесс создания препаратов и участвуют в разработках новых лекарств).

МЕДИЦИНСКИЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

Медицинские представители являются членами команды, занимающейся продвижением продукции (лекарственного препарата/бренда) фармацевтической компании. Этот специалист находится в постоянных разъездах, а его главная отличительная особенность — умение вести беседу с врачами ЛПУ, специалистами аптек, используя профессиональный медицинский язык. В эту профессию попадают как с высшим, так и со средним фармацевтическим образованием.

МЕЖДУ МЕДИЦИНОЙ И ФАРМОЙ

Профессия фармаколога — единственная, пересекающаяся с медициной и фармакологией. Стать фармакологом можно, выбрав один из двух путей: окончить вуз по направлению «Фармация» или получить высшее образование по направлению «Лечебное дело». Для более доступного определения: фармаколог — это врач, который занимается разработкой лекарственных препаратов, проводит их клинические испытания, а на основе полученных наблюдений составляет рекомендации по применению лекарств для других практикующих врачей. Его трудовая деятельность проходит в больницах и научно-исследовательских институтах.

ПРИГОВОР ДЛЯ ФАРМАЦЕВТА

Посетители аптек привыкли видеть за первым столом аптек сдержанных, корректных, мобильных служащих и порой не догадываются, какие существуют правила в этой отрасли.

• Отпуск лекарственных средств в аптеках обязывает персонал соблюдать правила личной гигиены, в т.ч. носить спецодежду. Особая



инструкция разъясняет, что спецодеждой для фармацевта являются халат и шапочка.

- В то же время современные законы не диктуют строгих правил по отношению к спецодежде сотрудников аптек. Гораздо хуже, если в ходе проверки будет обнаружено, что сотрудники не носят форму в рабочее время. Это грозит разными штрафами, вплоть до приостановления деятельности аптеки на срок до 3 месяцев.
- Персонал асептического блока должен иметь специальный комплект санитарной технологической одежды: халат или брючный костюм, или комбинезон.
- Аптечный инструктаж гласит, что в униформе нельзя выходить за пределы аптеки (или асептического блока, если сотрудник занимается приготовлением лекарств), или ходить в туалет. Также в карманах спецодежды запрещено носить предметы личного пользования, кроме крайне необходимых.
- Правила асептического блока сравнимы со строгим режимом. Для производственников введено табу на длинные ногти, использование лака, косметики и аэрозольных дезодорантов; ношение ювелирных украшений и часов. Кроме того, в асептический блок запрещено брать любые личные вещи.
- Условия работы продавцов готовых лекарственных средств значительно легче. Как правило, не приветствуется яркий макияж, маникюр и обилие украшений, а цвет одежды ограничен мягкими, располагающими к общению тонами. Причина проста: чтобы вызывать доверие у посетителей, психологи рекомендуют делать ставку на умеренность и опрятность.

АПТЕЧНАЯ УНИФОРМА

Женщина в белом халате — классический образ, сложившийся в советское время, актуален и сегодня.

Однако в наши дни специальной одежде фармацевтов не чужды модные тенденции, которые регламентируются несколькими нормативными стандартами.

• Некоторые аптеки выбрали классическую медодежду в белых тонах (предпочтительно костюмы). Если халаты, то для женщин обязательны чулки или колготы. Обувь должна быть удобной, не мешающей работе и без каблука. Шапочки за первым столом носить необязательно, но волосы должны быть собраны, либо аккуратно уложены; распущенные длинные волосы запрещены. Макияж, маникюр, педикюр разрешены в тех случаях, когда он неяркий и приближен к естественному.

Украшения нежелательны, также не приветствуются пирсинг и татуировки.

- В других аптечных учреждениях придерживаются делового стиля: красивый, опрятный халат, бейджик, брюки в тон халата, сменная обувь, аккуратная прическа (собранные волосы, челка не должна закрывать глаза), ухоженные руки и ногти. Макияж, маникюр и педикюр должны подчеркивать естественную красоту кожи и ногтей.
- Выделиться можно более стильной формой одежды (разноцветный верх и низ). В аптечных сетях, например, присутствует свой стиль в одежде в узнаваемой цветовой гамме.
- Производители медицинской одежды обязательно учитывают, чтобы униформа соответствовала определенным стандартам,



поскольку в ней сотрудник проводит весь рабочий день. Во-первых, ткань должна быть гигроскопичной для более комфортных ощущений. Во-вторых, износостойкой, т.к. такая одежда часто подвергается стирке. И третье требование — внешний вид фармацевта, поэтому ткань должна хорошо держать форму и быть малосминаемой.

- Если брать во внимание эстетический фактор, то важно пользоваться здравым смыслом, подбирая фасон и цветовую гамму с учетом возраста и статуса сотрудника.
- При выборе одежды для персонала аптеки следует брать во внимание психологический момент: униформа должна также создавать благоприятный имидж учреждения в глазах посетителя.

ЧТО НОВОГО В ОБУЧЕНИИ

В связи со строительством большого количества фармакологических предприятий резко вырос спрос на новые высококвалифицированные рабочие места на производстве, а также ученых для исследовательских лабораторий по разработке сложных биологических препаратов. Отечественное медицинское образование имеет хорошую основу для подготовки фармацевтов, однако наблюдается нехватка компетентных кадров.

На современном рынке появилось много биотехнологических препаратов. С учетом этого произошли изменения в образовательных программах по фармацевтике (моноклональные антитела, пептиды, сигнальная система).

Новые программы обучения включают генетику, молекулярную биологию, изучение вопросов контроля качества и фармацевтического анализа биопрепаратов, вакцин-сывороток, иммунобиологических препаратов. А также курсы по медицинской физике, информатике, статистике.

Предполагают образовательные программы сотрудничество вузов и предприятий, единые стандарты образования, т.к. сейчас отечественной фарме требуются специалисты международного класса для выпуска инновационных препаратов.

НИ ШАГУ НА МЕСТЕ!

Как показывает статистика, основная масса выпускников, получивших фармацевтическое образование, устраиваются в аптеки — необходим определенный опыт работы, постоянное совершенствование.

Сегодня дополнительное образование представлено семинарами и курсами как для сотрудников первого столда, так и для руководящего звена аптек и аптечных сетей.

Можно выбрать любой формат семинара: открытый, корпоративный, индивидуальный, консалтинг.

В цели подобных тренингов входят: увеличение продаж, улучшение качества обслуживания клиентов в аптеке, внедрение корпоративных стандартов в работе с клиентами.

Из поставленных задач можно выделить: получение знаний по технологиям продаж в аптеках; расширение клиентуры, создание базы постоянных клиентов и привлечение новых; повышение профессиональной компетентности сотрудников при работе с клиентами в стрессовых и конфликтных ситуациях; формирование и продвижение корпоративных норм сервисной работы с клиентами; увеличение объема продаж.

Особое внимание в ходе тренингов уделяется психологии продаж в аптеке и особой форме эффективной консультативной продажи.

В процессе обучения сотрудники аптек знакомятся с:

- активной позицией в продажах;
- умением строить доверительные отношения с клиентом на каждом из этапов продажи;
- распознаванием и навыками эффективного общения с различными типами клиентов;
- определением потребностей покупателя; убеждением; обработкой возражения, мотивировкой к совершению покупки; с повышением уверенности в своих профессиональных способностях и др.



Практически во всех программах-тренингах для фармацевтов уделяется большое внимание психологии покупателя.

- Ожидания и требования клиента к системе обслуживания в аптеке.
- Потребности клиентов в качестве, гарантиях, надежности, в поддержке и во внимании.

Таким образом, фармацевт должен уметь подстраиваться к клиенту. Демонстрируя продукцию, использовать витрины, каталоги, стенды и рекламные материалы, а также предлагать альтернативные варианты.

Также в обязанности специалиста входит умение вести продуктивный диалог о желаниях и потребностях покупателя, и в ходе сбора информации помочь сделать правильный выбор.

- Еще один обязательный аспект, входящий в программу любого тренинга, способность разрешения конфликтных ситуаций и перевод конфликта в переговоры.
- В ходе работы с покупателем нельзя забывать о таких возможностях, как:
- заказ отсутствующего препарата со склада;
- доставка на дом;
- ▶ напоминание о приятных скидках, акциях, бонусной программе и т.д.

И в заключение — роль современной аптеки сводится к тому, чтобы человек не просто приобрел необходимое лекарство, но и был уверен в его эффективности, в возможности исцеления болезни.

Софья МИЛОВАНОВА



СЕДАТИВНЫЕ ЛС РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

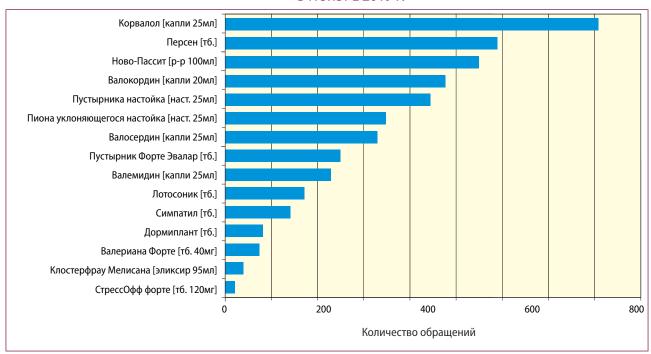
Седативные средства (через фр. *sédatif* от лат. *sedatio* — успокоение) — химически разнородная группа лекарственных веществ растительного или синтетического происхождения, вызывающих успокоение или уменьшение эмоционального напряжения без снотворного эффекта.

Для мониторингового исследования спроса были использованы данные, основанные на статистике обращений на сайт **AptekaMos.ru**

На *рис.* 1 представлен наибольший спрос на седативные лекарственные средства растительного происхождения в ноябре 2019 г. Наибольшим спросом пользуется Корвалол — комбинированный препарат, оказывающий седативное и спазмолитическое действие, облегчает наступление естественного сна. *Этилбромизовалерианат* обладает седативным и спазмолитическим действием, обусловленным раздражением, преимущественно рецепторов полости рта и носоглотки, снижением рефлекторной возбудимости в центральных отделах нервной системы и усилением торможения в нейронах коры и подкорковых структурах головного мозга, а также снижением активности центральных сосудодвигательных центров и прямым местным спазмолитическим действием на гладкую мускулатуру.

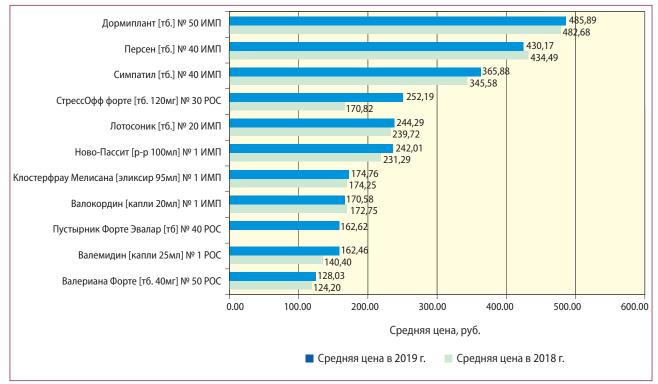
Фенобарбитал обладает седативным (в малых дозах), снотворным, миорелаксирующим и спазмалотическим действием, способствует снижению возбуждения центральной нервной системы (ЦНС) и облегчает наступление сна, усиливает седативное влияние других компонентов. Мяты перечной масло оказывает рефлекторное вазодилатирующее, спазмолитическое, легкое желчегонное, антисептическое действие. Механизм действия связан со способностью раздражать «холодовые» рецепторы слизистой оболочки полости рта и рефлекторно расширять преимущественно сосуды сердца и головного мозга.

Рис. 1 НАИБОЛЬШИЙ СПРОС НА СЕДАТИВНЫЕ ЛС В НОЯБРЕ 2019 г.



На *рис.* 2 представлено соотношение средних розничных цен на седативные лекарственные средства в ноябре 2019 г. в сравнении с тем же периодом прошлого года. При анализе соотношения средних розничных цен можно отметить, что розничные цены в ноябре 2019 г. по сравнению с тем же периодом прошлого года увеличились на 11,9%.

Рис. 2 СООТНОШЕНИЕ ЦЕН НА СЕДАТИВНЫЕ ЛС В НОЯБРЕ 2019 ГОДА В СРАВНЕНИИ С ТЕМ ЖЕ ПЕРИОДОМ ПРОШЛОГО ГОДА



ООО «АСофт XXI»





XXI ВЕК: НОВАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ

Продолжение, начало в МА №8/19

Гандель Виктор Генрихович

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

СИТУАЦИЯ VIII. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ МЕНТАЛИТЕТ: ПАЦИЕНТ, ОБЩЕСТВО, СТРАНА — В ПРИОРИТЕТЕ

К середине XX в. классический фармацевтический менталитет начал подвергаться настойчивым попыткам «эрозии»: традиционный протестантский бизнес-менталитет приступил к «освоению» недостаточно доходного по его меркам развитого фармацевтического пространства с целью повышения его маржинальности (в разы!). Об этом подробно описано в статьях, посвященных становлению БФФ — Большой Финансовой Фармы. Ее бизнес-менеджменту удалось, где уговорами, где деньгами, а где — прямыми угрозами наказания или увольнения, заставить фармацевтический менеджмент принять выдвигаемые условия (или сделать вид, что условия приняты). В результате фармацевтический менталитет оказался отодвинутым на второстепенные — научные позиции, где и пребывает поныне, власть же окончательно перешла к финансовому менеджменту корпораций, для которых фармацевтический менталитет представляется чем-то несовременным, идеалистическим, скорее, бизнес-процессом второго порядка. Вот тогда и появились псевдофармация, лжефармация и якобы «фармация» (или околофармация). Последняя сосредоточилась на производстве фальсифицированных и контрафактных лекарственных препаратов в «ночных» сменах официальных предприятий, а также в малоприспособленных местах (гаражах, подвалах, ангарах и пр.) в государствах Восточной Европы, на азиатском, южноамериканском и африканском континентах. В некоторых странах размер подделок достигает 10-15% лекарственного оборота, в России эта величина не

превышает 1% (0,14% в 2018 г.) и с вводом процедур маркировки будет стремиться к нулю (хотя, по-видимому, не без проблем для ритейла на первых порах).

Промышленная фармация и дистрибуция в значительной мере оказались в руках (лапах!) манимейкеров — образованных, напористых (мотивированных!), волевых, «упакованных» и т.д.

«Развитой» капитализм, или, по Ленину, империализм, сделал свое дело точно в соответствии с новейшей протестантской этикой англо-саксонского мира, ставшего неоспоримым бенефициаром Второй мировой войны и, по-видимому, готовящегося к Третьей. В XXI в. содержание империализма трансформируется в понятие глобализма — фазы, на которой борьба за сферы влияния в мире протекает в условиях, близких к однополярному миру (т.е. миру гегемона, устанавливающего выгодные ему порядки, которым практически невозможно противостоять).

Априори примем к сведению, что для фармацевтического менталитета глобализация как довлеющий фактор закрепляет власть транснациональных корпораций, нефармацевтический бизнес-менеджмент (финансовый менеджмент) которых является главным инициатором и выгодоприобретателем экстремальной «фармацевтической» маржи: именно такую их деятельность, реализуемую от имени фармацевтических компаний, можно и нужно отнести к понятиям «лжефармация» и «псевдофармация», поскольку за поставляемые на рынок медикаменты с потребителей (включая страховые компании) они

пытаются «содрать» абсолютно необоснованную и неприемлемую плату, что разрушает каноны фармацевтической биоэтики и вычеркивает описываемые действия из классического понятия «фармация».

Поэтому именовать менталитет финансового менеджмента, действующего от имени своих фармацевтических компаний (как производственных, так и дистрибуторских), не раз уличенных в необоснованном доказанном завышении цен, лжефармацевтическим или псевдофармацевтическом без кавычек будет и обоснованным, и справедливым.

Возвращаясь к нашим пенатам, замечу, что подобные лжементалитеты нередко маскируют свою активность нежным термином «фармацевтика».

По свидетельству выдающегося американского лингвиста, политического публициста, философа и теоретика, профессора Массачусетского университета (США) Ноама Хомского, «конкуренция на глобализованных рынках встречается довольно редко. Большая часть экономики контролируется огромными корпорациями, которые там господствуют безраздельно»^[1]. Именно отсутствие реальной конкуренции лежит в основе неконкурентного ценообразования транснациональных корпораций БФФ. Президенты США не раз пытались (и пытаются) обуздать их непомерные аппетиты, в т.ч. и в отношении американских потребителей, но переломить ситуацию пока не удается. Ничто не помогает: ни Верховный суд, ни FDA, ни СМИ, ни рекомендации AEI (Американский Институт Предпринимательства, American Enterprise Institute).

Однако на родине БФФ нашелся энтузиаст, рискнувший бросить ей серьезный вызов. Им оказался Джон Арнольд — выпускник престижного исследовательского Вандербильского университета в г. Нэшвилл, штат Тенесси, ставший в возрасте 30 лет самым молодым миллиардером мира из списка Форбс. Будучи главой компании Centaurus Energy Advisors, LLC — основанного в Хьюстоне хедж-фонда, специализирующегося на продаже энергетической продукции, он случайно столкнулся с тем, что назальный спрей «Назонекс» (мометазон) производства Бельгии, стоивший в Москве около 800 руб. (~\$12), в США обошелся ему в 300 долл. Это произошло в 2012 г. и с тех пор Арнольд

неустанно борется с необоснованными накрутками на стоимость медикаментов в стране.

Одной из его самых известных акций стала история с противовирусным препаратом «Совальди» (Sovaldi, *софосбувир*) для лечения гепатита С, одобренного к применению в 65 странах. На запуске (лонче!) он стал самым успешным лекарством по объему продаж за всю историю фармбизнеса: в дебютном 2014 г. Совальди, Харвони (Harvoni, ледипасвир) и Эпклуса (Epclusa, велпатасвир), где два последних препарата комбинации с Совальди в одной лекарственной форме, принесли канадской компании Gilead Sciences 10 млрд долл., а в 2015 г. — уже 19 млрд. В 2015 г. доля Gilead на рынке препаратов для лечения гепатита С составила более 90%[2], феноменальный успех противовирусной терапии, к которой прибегли звезды бизнеса, шоу-бизнеса, поп-арта, кино и театра, искусства, литературы и пр. — всего более 1 млн успешных и состоятельных пациентов. Цена одной такой таблетки в дозировке 400 мг — 1 тыс. долл., 12-недельного курса — 84 тыс.; при этом себестоимость производства активной фармацевтической субстанции на курс составляет всего порядка 100 долл. ^[3]

Потратив более 100 млн на иски против любителей поживиться за счет налогоплательщиков и страховых компаний, Арнольду удалось добиться существенных корректировок цен на указанные медикаменты в различных штатах страны, однако за ее пределами цены продолжают оставаться заоблачными.

Успешный бизнесмен также занимается благотворительной деятельностью: дополнительно финансирует дошкольное образование для детей бедняков, программы усовершенствования чиновников пенсионных фондов, доплаты учителям по результатам их работы и пр., ежегодно расходуя на эти цели миллионы долларов. Он также спонсирует частные исследования в области онкологических заболеваний — удивительный пример бескорыстного подвижничества в небеспроблемной социальной сфере богатейшей страны планеты. Поистине Бог одарил его — биржевого гения — гуманистическими элементами фармацевтического менталитета, недоступного многим руководителям лекарственной индустрии. Однако переломить тенденцию непрерывного, зачастую искусственного роста

цен на ее изделия пока не удается — один в поле не воин.

Справедливости ради следует заметить, что подобных, социально неравнодушных энтузиастов-общественников немало на разных континентах планеты, но их юридические, а главное — финансовые возможности пока явно недостаточны для успешной борьбы с могущественным фармацевтическим монстром.

В этой связи особый интерес представляет вопрос, издавна волнующий души пациентов, медицинских работников, чиновников здравоохранения, фармацевтов, специалистов социальных служб — о разумном возмещении за оказанные услуги, включая фармакотерапевтическую помощь, именно разумном, научно обоснованном, а не обусловленном непомерными и пока слабо контролируемыми и наказуемыми аппетитами «хозяйствующих субъектов», как у нас любят говорить. Следует вспомнить, что в эпоху Возрождения врачи, которым вменялось также приготовление лекарств, считали себя торговцами, а Гермеса — соответственно своим покровителем.

Еще в догиппократовскую эпоху медицинские услуги подлежали оплате тем или иным способом: беднякам, а их всегда было большинство, приходилось несладко. Что касается самого Гиппократа, то о нем сказано следующее: «врач из семьи Асклепиадов должен иметь зажиточную клиентуру, что, однако, не мешает ему лечить также бедных и, вероятно, менять свои гонорары в зависимости от платежеспособности пациентов. Ему платили также за обучение — Платон говорит об этом» [4].

Платили и за изготовление и отпуск лекарств — везде и всегда: величина и формы оплаты были разные, но вознаграждение за свой труд «отпочковавшийся» от медицины фармацевт получал неизменно.

Посмотрим, что на этот счет постулирует фармацевтический менталитет. А постулирует он следующее: коль на производство лекарственных средств был затрачен труд, он должен быть оплачен. Столпы мировой экономики, представляющие самые разные экономические школы, — А. Смит, Д. Рикардо, К. Маркс, наши современники — П. Кругман, Д. Кейнс, Д. Гэлбрейт, Д. Стиглиц и др. никогда не отрицали это положение. Только Карл Маркс и его последователи

представляли будущее человечества как коммунистическое, бесклассовое общество с отменой денег в перспективе, а его оппоненты — наоборот, как классовое, капиталистическое и очень даже денежное. Сегодня в развитие этого постулата появился суперинновационный эквивалент денег — биткоин с заманчивыми перспективами революционных изменений в деле денежного обращения.

Родоначальник современной экономики (да и экономики вообще) Адам Смит в своем труде «Исследование о природе и причинах богатства народов» предложил концепцию «экономического человека», движимого эгоизмом и стремлением к наживе^[5]. Отсюда и отношение к труду — рабскому при капитализме и раскрепощенному при социализме. Сегодня мы можем сравнить их результаты, не выходя из дома.

Но не будем упрощать. В период реализации «Красного проекта», который был исследован нами ранее, родился уникальный советский социалистический менталитет, в т.ч. фармацевтический. На смену российскому имперскому менталитету собственника и верующего (религиозного) фармацевта постепенно, не сразу, пришел менталитет интернационалиста, борца сначала за мировую революцию, а затем за построение развитого социализма в отдельно взятой стране с заботливым, бережным отношением к ее жителям и его созидателям.

Достаточно обширную номенклатуру медикаментов практически со всего мира на аптечных полках страны заменили сначала более скромные отечественные препараты, а после Великой Отечественной войны и лекарства стран народной демократии, других наших союзников. Аптеки и предприятия национализировали, тема накопления как личного, так и производственного фармацевтического капитала ушла в небытие, осталась лишь весьма скромная заработная плата из средств госбюджета. Производство лекарств стало финансироваться по остаточному принципу, во-первых, из-за нехватки средств, во-вторых, благодаря медицинскому менталитету руководителей советского здравоохранения, как правило, хирургов, считавших, как я уже отмечал, что проще отрезать, чем лечить. Ну и в-третьих, руководство партии и страны полагало, что по мере продвижения к коммунизму народ будет здоровее и много лекарств ему не понадобится. В этих условиях и ковался новый менталитет, где этика и деонтология стали занимать ведущие позиции, как это и должно быть в социальном государстве.

В таких условиях фармацевтические учебные заведения продолжали готовить специалистов и специалистов первоклассных. Это именно они разрабатывали лекарственные препараты, во многом не уступающие зарубежным, хотя и в меньшем количестве и небогатой номенклатуры, это именно они поддерживали достойный фармацевтический порядок в аптеках, где трудились исключительно лица с профильным образованием, бережно использовали скромный аптечный инвентарь, обеспечивали экстемпоральными лекарствами практически все уголки страны, куда прибывали по госраспределению, и где, по мере возможности, старались организовывать уголки пропаганды санитарии и гигиены, здорового образа жизни и пр. Одним словом — трудились, не покладая рук.

Выдающийся подвиг советские фармацевты совершили в годы Великой Отечественной войны, в сложнейших условиях обеспечив фронт и тыл медикаментами, дезсредствами, перевязочными и другими расходными материалами, хирургическими инструментами и т.д. на должностях начальников медснабжения и аптек воинских частей, госпиталей на фронте и в тылу, работников фармзаводов и фабрик.

Фармацевтический менталитет этого периода в жизни нашей страны был начисто лишен идеи стяжательства, стремления к нетрудовым доходам, был преисполнен желания (мотивации, как говорят сегодня) добросовестно трудиться на благо народа. Другими словами, «жила бы страна родная и нету других забот». Это истинная правда: подобные идеи во многих наших коллегах сильны до сих пор. Чуть дальше это будет видно на неожиданном актуальном примере.

Цены на лекарственные препараты были доступными, поскольку формировались вне связи с действительными отношениями купли-продажи и не выполняли функций распределения общественного продукта и национального дохода между секторами социалистической экономики и т.д. Более того, был период, когда ежегодно 1 апреля они снижались, как и цены на другие первоочередные товары народного потребления.

Поскольку проблемы дисбаланса и всеобщего дефицита в социалистических экономиках преодолеть так и не удалось, это сказалось на доступности некоторых лекарственных препаратов, других товарах массового спроса, чем, к сожалению, воспользовались отдельные наши недобросовестные коллеги: в ряде регионов страны (в основном, Средняя Азия, Северный Кавказ, Ростовская обл., Украина, Молдавия и др.) особо дефицитные препараты приходилось «доставать из-под полы» с помощью перекупщиков. Этим «грешила» абсолютно незначительная часть нашего фармацевтического братства, но признать сей факт необходимо: такова обидная, недопустимая изнанка фармацевтического менталитета описываемого периода.

Здесь самое место рассмотреть коллизию, возникшую между двумя уважаемыми субъектами фармацевтических взаимоотношений: Союзом «Национальная Фармацевтическая Палата» (НФП) и аптечными сетями России в лице их Российской Ассоциации (РААС).

Продолжение в МА №12/19

https://chomsky.info/dissent02/

https://www.vedomosti.ru/business/articles/2018/11/05/785612-milliarder-lekarstva

https://www.forbes.ru/tehnologii/338761-sovaldi-istoriyasamogo-prodavaemogo-preparata-za-vsyu-istoriyu-farmotrasli

https://www.e-reading.club/chapter.php/1017574/88/Zhak_-_ Gippokrat.html

^[5] https://snob.ru/selected/entry/28815



А. САВЕРСКИЙ: «ПОЧЕМУ ФФОМС ОКАЗАЛСЯ ГЛАВНЕЕ МИНЗДРАВА»?

«Сегодняшнее здравоохранение — это сплетение проблем, парадоксов, и противоречий. А еще — серьезных вопросов, на которые так и не найдены ответы», — считает Александр Саверский, президент Лиги защитников пациентов. Как же решать проблемы, находить ответы на серьезные вопросы, чтобы здравоохранение действительно стало системой, организующей и обеспечивающей охрану здоровья граждан страны? Представляем мнение этого уважаемого эксперта.

СКОЛЬКО МЕДПОМОЩИ ТРЕБУЕТСЯ?



Первый парадокс — та информация, на которой базируются все «преобразования». Те данные, которые поступают «в центр», во многом основаны на приписках.

Например, такой вопрос, как количество ФАПов. Когда начинают говорить о них, каждый

имеет в виду что-то свое. В статистику включают даже такие ФАПы, где забиты окна и двери, а фельдшер последний раз принимал лет десять, а то и двадцать назад. Заброшенные полуразрушенные здания. А на бумаге — учреждения, оказывающие помощь пациентам в маленьких поселках.

Любопытно, но даже по вопросу «сколько фельдшерско-акушерских пунктов нужно на количество жителей» местные власти и Минздрав могут разойтись во мнениях.

Иногда кажется — решать такие вопросы нужно, как недавно сделали в Москве. Когда врачей-специалистов убрали из московских поликлиник «на второй уровень системы медицинской помощи», у пациентов начались проблемы с доступом к лечению. Чтобы решить их, провели голосование на столичном интернет-сайте. По итогам этого голосования вернут часть врачей. Но только часть...

Мнение пациента очень важно. И подчас именно пациент первым узнает о сокращениях врачей, о закрытии отделений в стационаре и т.д. Но с каких пор голосованием определяется уровень необходимости в медицинской помощи?

Почему не соблюдаются нормативы по количеству врачей на число жителей? (Из-за реформ эти нормы превышены в разы — там, где

должно быть четыре доктора, часто работает всего один.)

Откуда пациент может точно знать, какое лечение ему нужно? Может быть, голосованием определить и стандарты лечения — документы, предназначенные врачу?

Информация и особенности ее сбора — часть другой системной проблемы. Мы действительно не знаем потребности населения в медицинской помощи! У нас нет методологии вычисления такой потребности. Зато в каждом субъекте Федерации в ходе модернизаций и оптимизаций появилась... своя, собственная система здравоохранения (простите за тавтологию).

Свои требования, свои стандарты, свои территориальные программы ОМС. Даже Президент России удивляется: как возможно, чтобы в одной программе было 700 препаратов, а в другой 200?

Сейчас регионы попросили собрать данные о состоянии первичного звена (тех же ФАПов, поликлиник, амбулаторий). Но что это даст, если мы не знаем главного — потребности пациента? И не располагаем единой методологией ее выяснения?

ПОЧТИ КАЖДЫЙ ТРЕТИЙ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ НЕ ОБРАЩАЕТСЯ

Спросить в регионах, чем болеют люди — шаг правильный. Но его недостаточно для получения полной картины. Ведь по данным апрельского исследования, 30% нашего населения — почти каждый третий! — за лечением в ЛПУ не обращаются. Вообще не обращаются.

Мы не знаем, что с этими пациентам, и не можем выяснить, какое лечение им необходимо. И даже те данные, которые предоставляют врачи — по оценке НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко, соответствуют подлинному положению дел лишь на 10%. Из-за проблем доступа к медицинской помощи статистика заболеваемости далека от реальной.

Поэтому очень важно, чтобы была научно разработана (и как можно скорее) методология выявления потребностей населения в меди фармпомощи. Это поможет понять, какие объемы лечения действительно необходимы

людям. А не просто сокращать все, что, на первый взгляд, можно сокращать.

Сегодня известно одно: количество частных медицинских центров растет как на дрожжах. А значит потребность пациентов в медицинской помощи значительно не удовлетворена. Насколько же значительно?

Этого тоже не считают. Да и в самом «частном секторе» такая статистика — не в центре внимания. Но если у нас появились сети медицинских центров с 700 подразделениями в регионах... уровень дефицита врачей и доступности лечения можно оценить.

на чем экономим?

Следующая проблема — несистемный подход и принцип «сэкономить ресурсы любой ценой». Так произошло с «майским» указом Президента от 2012 г. Вместо изыскания дополнительных средств из бюджета произошли массовые сокращения медицинских работников. Оставшиеся врачи работают теперь на 2 и более ставки. А это в лучшем случае 50–60 часов в неделю (вместо положенных 35). Отсюда и проблема, что медиков не хватает: от врача до санитара и нянечки.

Поэтому, когда говорят о решении вопросов первичного звена, возникает другой вопрос: а где же взять специалистов?

«Оптимизацию» проводили, стремясь скопировать европейский пример. Вот в Европе коек в 2 раза меньше, чем у нас, и лежат на них в два раза меньше. У нас 12 дней, у них 5–6. У нас 10 коек на 100 тыс населения, у них 7.

НЕ ВСЕГДА ЕВРОПА НАМ В ПРИМЕР

Национальных особенностей не учли. Например, «не замечали» слабую доступность амбулаторной помощи, и потому в ходе «оптимизации» она стала еще слабее. Сможет ли у нас медсестра регулярно приходить к пациенту домой и осуществлять уход за ним? Heт!

Поэтому перестать делать это в стационаре — значит, оставить больного без лечения. То есть обречь его на мучительную гибель. Кстати, в стационарах (еще до реформы) у нас не

хватало коек реабилитации. И уже тогда их было меньше, чем в Европе...

А «оптимизаторы» решили: сейчас у нас койки сократят, и все будет как в «цивилизованных странах». Но вместо этого почему-то возросла нагрузка и на скорую помощь, и на частную медицину.

Еще одно противоречие — в раздробленности. Выполнение поручений Президента, восстановление системы медицинской помощи собираются возложить на регионы. Формально это законно: согласно статьям 15 и 16 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан» здравоохранение — в зоне ответственности субъектов Федерации. Фактически — во всех отношениях, кроме федеральных закупок орфанных лекарственных препаратов. Каждый регион справляется, как может. И в итоге (это заметил и глава государства 16 ноября 2018 г.) цены на лекарства в регионах могут различаться в 59 раз.

К сожалению, из-за такой рассогласованности не видно картины в целом. А в нашу организацию обращались даже пациенты, которые переехали из Алтайского края в Краснодар, чтобы получить гемодиализ. То есть просто, чтобы жить. В их родном регионе гемодиализ доступен не был.

Страшно, что не поставлена задача централизации системы. Именно в форме планирования с четким определением потребности и управлением здравоохранением. По сути, Минздрав оказался лишенным этой функции — он готовит лишь отдельные программы. А федеральный центр должен четко отслеживать, что происходит в медицине. И финансирование должно идти также из федерального центра.



А что сейчас получается?

Сколько заработал регион, столько у него и денег на здравоохранение. И поэтому переезжают из Алтайского края в Краснодар. И в Москву из других регионов переезжают — для лечения орфанных заболеваний. Потому что, как говорят сами пациенты, губернатору проще приобрести квартиру в столице, чем пожизненно обеспечивать «орфанника» лекарствами.

У КАЖДОГО РЕГИОНА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СВОЕ

Свое здравоохранение в каждом регионе. Все равно, что в каждом регионе своя космическая программа. Ведь здравоохранение — не менее высокотехнологичная отрасль. И вся эта война «регионы против своих пациентов» — результат неверно выстроенной системы. При централизации здравоохранения субъект будет, напротив, играть за своих граждан. Закрывая какие-то «дыры», которые не смогла закрыть федеральная власть.

Нужна материальная и правовая база — на общегосударственном уровне. И вместо Фонда ОМС необходим департамент планирования Минздрава. Чтобы у профильного министерства, ответственного за медицинскую помощь во всей стране, были и деньги, и понимание того, во что эти деньги вкладываются.

Но что сегодня?

С ФОМС НАДО ЧТО-ТО ДЕЛАТЬ

Сегодня у нас ФФОМС важнее Минздрава. Министерство отчитывается перед фондом по госпрограммам. Фонд имеет вертикальную структуру управления: территориальные фонды подчиняются федеральному. А у профильного министерства такого нет — областные минздравы подчиняются своим губернаторам. Федеральный минздрав просит о возможности хотя бы утверждать министров на местах. Однако средства на здравоохранение — все равно у территориального фонда, а в нем есть тарифная комиссия, которая тоже Минздраву не подчиняется.

Кстати, недавно обнаружилось: в системе ОМС не предусмотрено оплаты капитального ремонта для медицинских учреждений. Наше здравоохранение каким-то образом выживало, но каков сейчас износ зданий?

В регулировании медицинской помощи идет война интересов различных ведомств, действия которых не согласованы. Выполняя свои функции, одна организация может навредить другой. И тем самым навредить гражданам. Так, например, в Магадане арестованы счета государственных учреждений здравоохранения — в результате задолженности. У медицинских учреждений по стране — полмиллиарда долгов. Даже за поставки препаратов больницы не могут рассчитаться.

Никогда еще систему не доводили до такого состояния. Но из-за реформ и всеобщего погружения в ОМС стали происходить подобные случаи: ЛПУ не может обеспечить ни зарплаты, ни лекарства. И даже ситуация с преднизолоном оказалась сюрпризом для Минздрава. Как и сообщение РБК о 25–30% сорванных аукционов на лекарственные средства.

А все потому, что системы нет. Нет системы управления, нет системы финансового обеспечения. Каждое право пациента — по сути, часть его права на жизнь — зависит от огромного списка условий и перечней. Централизации нет, но зарегулированность предельная.

Можно ли говорить сейчас, что за три месяца субъекты, Минздрав и Правительство построят работающий механизм медицинской помощи?

Не получится ли того же самого, что было с подъемом зарплат врачей?

Нет ведь ни общего аналитического подхода, ни понимания, как достичь поставленных целей.

А если из стационаров вырвут оставшихся специалистов и перебросят в первичное звено, чтобы достичь показателей? Что станет тогда с кадрами и собственно лечением пациентов?

Несистемный подход к медицине очень опасен. Боюсь, что следующие пять лет будут концом нашего здравоохранения.

Екатерина АЛТАЙСКАЯ





МОСКОВСКАЯ СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ — САМАЯ БЫСТРАЯ В МИРЕ

В октябре 2019 г. исполнилось 100 лет московской службе скорой медицинской помощи. Отрадно, что московская «скорая» впереди по целому ряду очень важных показателей.

100 ЛЕТ — HE BO3PACT!

Справедливости ради надо заметить, что в Москве так называемые «кареты Кузнецовой» и «санитарный автомобиль Поморцева» выезжали к нуждающимся в медпомощи еще с 1898 года и до начала Первой мировой войны. Но создание именно станции Скорой медицинской помощи пришлось именно на 1919 год. Вот уже много лет Станция скорой и неотложной медицинской помощи Москвы (ССиНМП) носит имя ее первого руководителя — Александра Пучкова.

За столетний период работы московской «скорой» многое изменилось. Так, в год своего основания она располагала всего двумя автомобилями. А врачи этой службы выезжали только на несчастные случаи, произошедшие на производстве. Но уже спустя несколько лет «скорая» начала выезжать и на дом, и в общественные места, и на дороги. В общем, всюду, где требуется срочная медицинская помощь.

Станция скорой и неотложной медицинской помощи Москвы (далее — Станция) работает в соответствии с приказом Минздрава России от 20.06.13 №338 «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе специализированной медицинской помощи». А это значит, что

бригадами ССиНМП оказывается помощь детскому и взрослому населению при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства в следующих формах:

- а) экстренная при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- б) неотложная при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

КАДРЫ И ТУТ РЕШАЮТ ВСЕ

Станция работает в режиме постоянной мобильной готовности оказывать скорую помощь при чрезвычайных ситуациях, различных происшествиях и заболеваниях.

Конечно, для решения таких задач нужны квалифицированные кадры.

В ССиНМП трудится 11 427 сотрудников. Из них 21,5% составляют врачи, 73,5% — средний медицинский персонал и 5% — младший. Средний возраст врачей 45 лет, а средний возраст среднего медицинского персонала — 38 лет.

Более 50% медицинских работников ССиНМП имеют высшую квалификационную категорию. 4000 медицинских работников в год проходит повышение своей квалификации. С 2018 г. 60 медицинских работника получили статус «Московский врач». Ежегодно 2500 медработников проходит обучение в симуляционном центре Станции. За неполный 2019 г. на работу в «скорую» Москвы поступило 300 молодых специалистов.

Каждые сутки работает по 1040 бригад, Из них 913 общего профиля и 108 специализированных: 26 анестезиологии и реанимации, 62 педиатрические бригады, 20 психиатрических и 19 экстренных консультативных. В течение 1 смены задействовано более 2000 врачей и свыше 7600 фельдшеров.

Конечно, важна и работа операторов, принимающих вызовы. Ведь от того, насколько точно они поймут проблему пациента, будет во многом зависеть адекватность оказанной ему помощи. Поэтому на Станции трудятся хорошо подготовленные для этого операторы. Это —148 (18%) медсестер и 676 (82%) фельдшеров. 1 оператор за смену принимает 350 вызовов. Важно, что на смене обязательно присутствуют англоговорящие операторы. В ближайшее время планируется принять на работу и операторов, говорящих на испанском языке.

МЕНЕДЖМЕНТ И ЛОГИСТИКА МЕДИКАМ В ПОМОЩЬ

Время от вызова скорой до ее прибытия к пациенту, время доставки больного в стационар, точность диагноза и правильно выбранная больница — все это неотъемлемые слагаемые спасения здоровья, а часто и жизни пациента. И московская Станция скорой помощи является лидером по внедрению современных цифровых, логистических, организационных и медицинских технологий оказания экстренной помощи.

Организация работы Станции основана на принципах централизованного приема и сортировки вызовов и управления бригадами СМП. При этом обеспечивающая сеть представляет собой 60 подстанций и 107 мобильных постов, равномерно развернутых на территории города (в т.ч. 20 постов на крупных автомагистралях и МКАД).

Чем ближе они расположены к обслуживаемой территории, тем быстрее приезжают врачи. Поэтому город развивает их сеть. И до 2022 г. будет введено в строй еще 6.

Станцией ежедневно выполняется до 12–13 тыс. выездов.

В 2018 г. было совершено 4 026 520 вызовов. При этом все процессы приема и обработки вызовов полностью автоматизированы. Каждая бригада оснащена компьютерами, подключенными к единой медицинской информационноаналитической системе (ЕМИАС). Поэтому уже по пути к пациенту врачи видят данные его электронной карты. В случае сосудистых патологий благодаря системе «Стационар» доктора могут узнать, в какой из больниц в данный момент свободны требуемые специалисты.

В результате, бригады скорой помощи Москвы сегодня доезжают до пациентов в среднем за 12–13 мин.

А если у человека случается инфаркт или инсульт, между звонком в диспетчерскую Станции и началом операции в стационаре проходит всего около часа.

ПОЧТИ ВОЛШЕБНЫЙ ЖЕЛТЫЙ ЧЕМОДАНЧИК

Конечно, чтобы правильно определить, чем в срочном режиме можно помочь человеку, к которому была вызвана «скорая», бригада медиков должна иметь определенный технический арсенал. И он имеется.

Сегодня стандартным оснащением машины скорой помощи являются: аппараты мониторинга сердечного ритма и жизненно важных показателей, современные аппараты искусственной



вентиляции легких, система «Автопульс» (в реанимационных бригадах), вакуумные матрацы, средства иммобилизации, небулайзеры (устройства для проведения ингаляции), электрокардиографы и дефибрилляторы, а также более 30 видов врачебного оборудования (тонометр, термометр и пр.). А согласно приказу Минздрава России от 07.08.13 №549н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» каждая бригада ССиНМП имеет при себе так называемую сумку-укладку (желтый чемоданчик). Ее приблизительный вес — 8 кг. На оснащение одной выездной бригады необходимо 97 лекарственных препаратов и 54 медицинских изделия.

ОБЪЕКТИВНЫЙ ВЗГЛЯД СО СТОРОНЫ

Компания PwC провела исследование и представляет результаты — «Анализ эффективности организации оказания скорой медицинской помощи в мегаполисах мира».

В рамках исследования эксперты PwC сравнили службы скорой помощи 15 мегаполисов мира: Москвы, Парижа, Шанхая, Дели, Мехико, Лондона, Берлина, Сингапура, Сеула, Сан-Паулу, Рима, Гонконга, Токио, Нью-Йорка и Йоханнесбурга. Сравнение проводилось по таким направлениям, как оценка быстроты работы скорой помощи, оценка доступности скорой медицинской помощи и ее достаточности в городе и удовлетворенность пациентов.

«Основываясь на международном опыте оказания содействия городам в развитии инфраструктуры здравоохранения, мы провели специальное исследование. Оно затрагивает вопросы эффективности работы службы скорой медицинской помощи в Москве и сравнивает ее по данному показателю с другими мегаполисами мира», — пояснил директор практики по оказанию услуг государственным органам и общественному сектору в сфере здравоохранения РwC в России Мониш Арора. Он отметил, что эффективность системы оказания скорой медицинской помощи определяется системообразующими факторами, такими как регуляторные, логистические, организационные

и методологические указания, развитость инфраструктуры и информационных технологий, распределение логистических и технологических ресурсов, инновации, внедрение стандартов и достаточное количество обученного персонала. Результаты рейтинга показали разную степень готовности городов к оказанию первой медицинской помощи. В частности, исследование достижений Москвы подчеркивает успехи столицы, которая отличается от других городов ведением обширной статистики по эффективности работы скорой помощи, что крайне важно для динамики ее развития.

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Московская служба скорой помощи:

• Заняла второе место среди мегаполисов мира по эффективности организации оказания скорой медицинской помощи, уступив только Берлину.

На третьем месте Нью-Йорк, далее идут Париж и Сингапур.

• Вошла в TOP-3 по оснащенности среди крупнейших мегаполисов мира.

На первом месте по оснащенности — Берлин, на втором — Йоханнесбург. На четвертом и пятом месте находятся Нью-Йорк и Париж.

• Заняла второе место по количеству бригад на 100 тыс. жителей. В Москве данный показатель составил 8,2/100 000.

На первом месте Лондон с показателем 38,1. На третьем, четвертом и пятом месте Гонконг (5,2), Шанхай (3,3) и Токио (1,8).

В Московской службе скорой помощи:

• Среднее время ответа оператора московской скорой помощи составляет 4 сек. Это самый быстрый показатель среди мегаполисов мира.

На втором месте Берлин, на третьем — Рим, где среднее время ответа составляет 9 сек. Далее идет Лондон с 20 сек. ответа оператора. А в Нью-Йорке данный показатель составляет 1 мин. 10 сек.

• Среднее время регистрации обращения составило 1 мин. 42 сек. Это второй по оперативности показатель среди мегаполисов мира.

На первом месте Берлин, где среднее время регистрации обращения в Скорую составляет

1 мин. На третьем — скорая Нью-Йорка (1 мин. 52 сек.), в Сингапуре и Париже подобный показатель составляет 2 мин. 21 сек.

• Среднее время от регистрации обращения в московскую скорую помощь до выезда бригады составляет 2 мин. 30 сек. Это минимальный показатель среди мегаполисов мира. Далее идут Нью-Йорк, где подобный показатель составляет 5 мин. и Лондон — с 7 мин. 24 сек.

И еще...

- Московская скорая помощь быстрее всех в мире приезжает на вызов. С момента вызова скорой до ее приезда в среднем проходит 14 мин. 34 сек. Далее следуют Лондон (17 мин. 13 сек.), Нью-Йорк (17 мин. 55 сек.) и Берлин (21 мин. 9 сек.).
- Индекс удовлетворенности работой скорой помощи в Москве составил 95%. Данный индекс выше только в Париже, где он составил 96%. На

третьем месте идет Нью-Йорк (94%). Далее идут Сингапур и Берлин с 93% и 90% соответственно.

ЗНАНИЕ — СИЛА

Сотрудники служба скорой и неотложной медицинской помощи Москвы не только сами оперативно приезжают к пациентам, но и систематически организуют различные просветительские мероприятия. С тем, чтобы в экстренном случае москвичи что-то могли сделать самостоятельно. Например, для улучшения вовлеченности жителей Москвы проводятся мастер-классы по оказанию первой помощи, еженедельные лекции в парках города Москвы (в 2019 году в летний период), Дни открытых дверей, лекции «Безопасные праздники» и т.п.

По материалам пресс-конференции «Скорая помощь в Москве и мегаполисах мира»

Марина МАСЛЯЕВА





на том и стоять будем!

Какие проблемы со стопами возникают, как они влияют на организм человека и что помогает справиться с ними, рассказывает исполнительный директор Лиги содействия развитию подиатрии Ольга Чижевская.

Ольга Борисовна, что же такое подиатрия?



Подиатрия — раздел медицины, занимающийся лечением заболеваний стопы и голени. Объединяет компетенции в таких областях, как ортопедия, травматология, сосудистая хирургия, неврология. В нашей стране эта наука достаточно молодая, но

динамично развивающаяся. На сегодняшний день по инициативе Лиги содействия развитию подиатрии современной диагностике заболеваний стопы обучен 1541 врач, и их число растет. Мы проводим конференции, семинары, приглашаем к участию в обучении и консультировании специалистов мирового уровня.

Какие проблемы заболеваний стоп существуют?

По данным ВОЗ, 80% населения земного шара имеет деформации стоп. Множество проблем и даже травм связано с высоким или очень низким сводом стопы (гиперпронация

- заваливание стопы вовнутрь или гиперсупинация заваливание стопы вовне).
- Гиперсупинация влечет за собой такие проблемы, как деформирующие артрозы суставов стоп, подошвенный фасциит (заболевание, обусловленное воспалительно-дегенеративными изменениями подошвенной фасции, т.е. соединительнотканной оболочки мышц), пяточные «шпоры» и т.п.
- Гиперпронация стоп порождает еще большую лавину проблем: тендинит (воспаление и дистрофия) ахиллова сухожилия, периостопатия костей голени, т.е. их воспаление. Разумеется, проблемы не ограничиваются зоной стопы и «поднимаются» вверх по всему опорно-двигательному аппарату (ОДА).

Отдельный случай, который также входит в сферу компетенций подиатра, — синдром диабетической стопы. Специалист по стопе помогает таким пациентам минимизировать риски трофических нарушений.

На что нужно обращать внимание родителей, чтобы вовремя заметить проблемы со стопами у ребенка?

У новорожденных деток стопа плоская. Более того, до 2–3 лет у всех детей она имеет выраженную жировую подушку. То есть своды ее формируются с возрастом и постепенно.

Первый раз показаться специалисту (ортопеду или подиатру) следует в год, когда кроха начнет ходить. Если отклонений не выявлено, в дальнейшем специалиста нужно посещать каждые два года. После 7 лет, когда ребенок пойдет в школу, наблюдаться важно раз в год, т.к. школьная пора — это время, когда ортопедические проблемы усугубляются и накапливаются.

Необходимо знать, что лишь 3% случаев плоскостопия имеют наследственную природу. Все остальные — результат неправильного формирования стопы и это важно своевременно отслеживать.

Врачи каких специальностей занимаются проблемами стоп?

В зависимости от проблемы это могут быть ортопеды, травматологи, сосудистые хирурги, неврологи. Компетенции всех этих врачей объединяет подиатр.

Кто входит в группу риска?

Факторов риска развития патологий стопы и деформаций ОДА несколько. В их числе избыточная нагрузка, которая возникает из-за увеличения массы тела, неконтролируемой физической активности или увлечения асимметричными видами спорта.

Временный, но серьезный фактор риска — беременность. Гормональные перестройки, провоцирующие эластичность связок в сочетании с быстрой прибавкой веса обусловливают уязвимость опорно-двигательного аппарата.

Эндокринные заболевания — еще один фактор риска. Это и сахарный диабет, и остеопороз, и ряд других проблем.

Избыточная гибкость тела (так называемый синдром общей гипермобильности) ведет



к нестабильности суставов, деформации нижних конечностей, в частности, стоп.

Влияют ли проблемы стоп на функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата? На другие органы и системы? Бытует мнение, что плоскостопие может быть причиной головной боли. Так ли это?

Разрушаясь, «фундамент» тащит за собой и остальные части тела. Например, при избыточной пронации нарушается биомеханика всей нижней конечности. Этот дисбаланс, в частности, приводит к перегрузке в коленном суставе. С годами происходит постепенное истирание хрящей коленной чашечки, что может спровоцировать развитие остеоартрита.

Неправильное распределение нагрузки негативно влияет на все суставы и связки, вызывает перенапряжение мышц. Провоцируется искривление позвоночника. А при деформации позвоночного столба страдают уже все системы организма: от мочеполовой до дыхательной. Возникает зажим и в шейных мышцах. Мозгу не хватает кислорода, как результат — головные боли.

Особые нагрузки испытывает и сердечнососудистая система. Застой крови в нижних конечностях, спровоцированный плоскостопием, приводит к хронической гипоксии тканей, отекам.

Дискомфорт стоп на фоне занятий спортом — это сигнал для визита к врачу?

Любые спортивные занятия должны проходить под неусыпным контролем специалиста. Хотя бы потому, что специфика нагрузок в определенных видах спорта порождает характерные «усталостные» травмы. Первым «звоночком» может быть легкая боль и усталость в стопах. Это означает, что процесс уже запущен, суставы и связки терпят перегрузки и получают микротравмы. В этой ситуации врач-подиатр сможет оценить риски и при необходимости скорректировать биомеханику стопы с помощью спортивных ортезов. Они формуются индивидуально по стопе спортсмена.

Как привести себя в спортивную форму без вреда для ног?

Есть виды спорта, при которых человек испытывает сильную, в частности, асимметричную

нагрузку на опорно-двигательный аппарат, что приводит к тяжелым деформациям впоследствии. Это футбол, фигурное катание, большой теннис и т.д.

С точки зрения подиатров и ортопедов наименее травматичными и при этом полезными для здоровья являются пилатес, скандинавская ходьба, лыжи (не горные!), некоторые виды единоборств, функциональные тренировки, гребля, плавание.

Есть ли связь между состоянием стоп и обувью, которую мы носим? Как правильно выбрать обувь?

Если о вреде длительного ношения каблуков все наслышаны, то информация о том, что долго носить кеды, балетки, мокасины тоже, мягко говоря, не полезно, может вызвать удивление. Между тем, плоская подошва не способна амортизировать удар пятки о поверхность земли, изза чего каждый раз при ходьбе скелет получает микротравмы. Так называемая «платформа» при длительном ношении также вредна. В такой обуви нога не совершает естественный анатомический перекат с пятки на носок при шаге. Это ведет к нарушению кровообращения, ослаблению рессорной функции стопы.

Правильная обувь с точки зрения подиатров хорошо амортизирует; не препятствует естественному сгибанию стопы при движении (подошва с заложенным перекатом стопы в носочной части); стабилизирует стопу, фиксирует голеностоп. Полнота у обуви должна быть такой, чтобы ноге не было тесно. Важно, чтобы стелька была не слишком жесткой. Ну а потом ее можно извлечь и заменить на индивидуальную ортопедическую.

Сколько времени можно ходить на каблуках? И какая высота считается «критической»? Влияет ли форма каблука?

Оптимальная высота каблука 2–4 см, допустимая — до 6 см. Высокий каблук значительно (на 30%) увеличивает давление на переднюю часть стопы. Длительное ношение таких каблуков вызывает неестественную перегрузку мышц голени и бедра, связок с целью удержания баланса, возрастает ударная нагрузка на поперечный свод, на коленные, тазобедренные суставы и позвоночник. Неприспособленные к таким нагрузкам, они могут «ответить» не

только микротравмами, но и развитием артрита, невралгий и т.д. И очевидно, чем тоньше каблук, тем травмоопаснее обувь. С 1954 г., когда Роже Вивье изобрел знаменитые шпильки, жертвами моды стала не одна тысяча женщин. Особенно опасно носить шпильки девушкам 14–20 лет, т.к. в этом возрасте еще не закончено формирование стопы.

Что лучше, «шлепанцы» или обувь с задником? Какая обувь для дома полезнее для стоп?

Шлепанцы — обувь, в которой можно пройтись с пляжа до бассейна и обратно. Во всех остальных жизненных ситуациях о ней лучше забыть. Тут и плоская подошва, и отсутствие фиксации на ноге — весь букет недостатков. Вспомните, как вы идете в такой обуви? Пальцы сжимаются при ходьбе, стараясь удержать ее на месте. В результате ноги испытывают неправильное мышечное напряжение, что опасно развитием подошвенного фасциита («пяточной шпоры»). А дома можно и нужно ходить босиком. При этом в идеале пол не должен повсеместно иметь гладкое и жесткое покрытие. Фактурная плитка, ворсистый ковер — то, что нужно.

Какие существуют рекомендации по профилактике заболеваний стоп? Помогают ли специальные стельки?

Одинаковых ног не бывает, а значит и идеального комплекса упражнений для профилактики проблем со стопами быть не может. Врач, осмотрев ноги на подоскопе (специальном приборе для визуальной экспресс-диагностики состояния сводов стопы) в покое и с нагрузкой, может рекомендовать элементы лечебной физкультуры для укрепления сводов стопы и мышц нижних конечностей.



Ригидные, т.е. твердые, неподатливые стельки могут не только не помочь, но и усугубить имеющуюся ситуацию. Просто потому, что в этом случае стопа находится в правильном положении, но мышцы и связки при такой «принудительной» поддержке атрофируются.

Наиболее эффективны сегодня индивидуальные стельки из формуемой пены. Например, заготовки новозеландской компании Footscience производятся из эластичного, меняющего форму при нагреве материала, позволяющего получить точный отпечаток стопы. Процесс формовки производится специалистом прямо на ноге пациента. Затем моделируется движение. Остывая, изделие запоминает форму стопы во время ходьбы. После двух-трех недель носки врач корректирует ортез с помощью функциональных клиньев величиной со спичку. Весь фокус заключается в том, под какое место стопы подложить этот клин. Материал стелек допускает перемоделирование, причем не один раз, а столько, сколько потребуется. Срок службы современных индивидуальных стелек — от 2 до 5 лет. Он зависит от интенсивности носки и нагрузки на стопы. Причем в течение всего этого срока форму стелек можно периодически изменять, проводя поэтапную коррекцию плоскостопия и связанных с ним проблем. Так что индивидуальные стельки не только облегчают ходьбу, поддерживая анатомическую форму стопы и снижая ударную нагрузку, но и лечат!

Мануальная терапия суставов и мягких тканей стоп, массаж с использованием кремов-мазей, различные ванночки с солью и травами — все эти мероприятия в дополнение к ношению специальных ортезов (так подиатры называют лечебные стельки) ускорят избавление от проблем.

Почему растет косточка у большого пальца? Что нужно делать, чтобы она не росла? Можно ли избежать операции?

Неправильная нагрузка на ОДА при поперечном плоскостопии может приводить и к такой распространенной проблеме, как выросшие со стороны больших пальцев «косточки». Они не только некрасиво смотрятся, но и провоцируют образование болезненных мозолей при ношении тесной обуви, каблуков. Кроме того,

отклонение первого пальца со временем вызывает деформацию всех остальных пальцев — они принимают молоткообразную форму, начинают «мешаться» в обуви, вызывая новую волну мозолей и натоптышей.

На ранних стадиях процесс можно остановить с помощью ортезов стопы. Как только ортопедическая стелька поднимет поперечный свод, основание большого пальца (место «косточки») занимает более физиологичное положение. Это практически сразу облегчает ходьбу.

Но если шишка уже довольно большая, без операции не обойтись. Однако операция — не панацея. Если не работать с вызвавшим проблему поперечным плоскостопием, шишки образуются вновь.

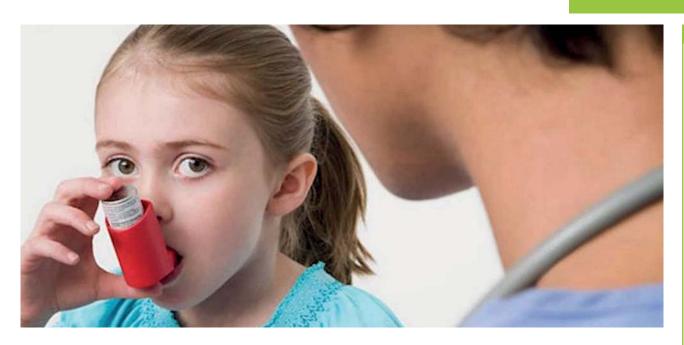
Полезно ли ходить босиком и почему? По какой поверхности?

Судите сами, наши пращуры долгое время не знали обуви и бегали по лесам, степям, каменистым берегам морей босиком. Стопы в таких условиях формировались максимально правильно, с естественной выемкой. Современный городской житель редко может похвастать «босоногим детством». Нас окружают гладкие полы, асфальт да бетон. В результате подошва стопы уплощается. Вот почему ходить босиком по упругим неровным поверхностям: траве, песку, по бревнам в лесу, по гальке на пляже, да хотя бы шерстяному ковру, несомненно, полезно. Такое естественное упражнение хорошо для тренировки мышц и связок, профилактики плоскостопия.

Влияют ли перелеты в самолете на стопы и ноги?

Длительный перелет вреден для людей с заболеваниями сосудов. При наличии варикоза и склонности к тромбообразованию во время полета нужно быть внимательными к своим стопам. Следует регулярно разминать ноги. Но даже немного постоять и немного походить — уже хорошо! Сидя в кресле, разуйтесь, по возможности вытяните ноги, сделайте несколько простых упражнений (например, отведение-приведение стоп).

Марина МАСЛЯЕВА



АТОПИЧЕСКАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

Актуальные вопросы диагностики и терапии аллергических заболеваний у детей стали объектом обсуждения участниками симпозиума в рамках XXV Национального конгресса «Человек и лекарство».

Профессор кафедры госпитальной педиатрии Приволжского исследовательского медицинского университета, д.м.н. Татьяна Ивановна Елисеева в своем выступлении акцентировала внимание на том, что практически при всех аспектах возникновения синдрома бронхиальной астмы важная роль принадлежит вегетативным нарушениям и изменениям вегетативной регуляции. Одной из причин того, что не у всех пациентов удается достичь контроля над течением заболевания, многие считают ассоциацию бронхиальной астмы с коморбидными состояниями. В связи с этим в современной научной литературе предлагается выделять отдельный фенотип бронхиальной астмы, ассоциированный с усилением парасимпатического тонуса.

Исследователи, которые предлагают такой подход, ссылаются на то, что у многих пациентов с бронхиальной астмой действительно наблюдается взаимосвязь с нереспираторными симптомами, например, болями в животе, изжогой, избыточной потливостью и мн. др.

В качестве алгоритма авторы предлагают некую последовательность событий. На первом этапе клинического анализа предлагается выделять пациентов, у которых происходит

обострение бронхиальной астмы, ассоциированной с нереспираторными проявлениями вегетативных нарушений.

На втором этапе они предлагают проводить тесты на вариабельность бронхиальной обструкции с холинергетиками и оценивать состояние вегетативной регуляции, в т.ч. вариабельности сердечного ритма. В тех случаях, когда клиника свидетельствует о повышении парасимпатического тонуса, авторы данной концепции говорят о том, что в схему терапии таких пациентов необходимо включать препараты антихолинергического ряда.

Необходимо отметить, что вегетативная регуляция и ее изменения касаются напрямую симптомов патогенеза бронхиальной астмы нижних дыхательных путей. Однако у детей с атопической бронхиальной астмой в процесс неизменно вовлекаются верхние дыхательные пути в виде аллергического ринита или аллергического синусита. Оказывается, что львиная доля симптомов, которые мы наблюдаем при этом патологическом состоянии, также ассоциированы с изменениями вегетативной регуляции.

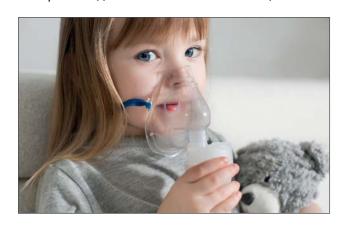
Т.И. Елисеева представила результаты проведенного исследования, целью которого была

оценка взаимосвязи уровня контроля бронхиальной астмы и параметров вегетативной регуляции у детей с атопической бронхиальной астмой. Были обследованы 68 детей и подростков (70% мальчики) в возрасте от 5 до 17 лет с атопической бронхиальной астмой. Среди пациентов не было детей с острыми инфекционными заболеваниями и повышенной температурой, диабетом, аутоиммунными расстройствами, первичными иммунодефицитами и онкологическими заболеваниями. Помимо стандартных методов исследования (клинические, иммунологические (IgE общий), функциональные (ПФМ, ФВД, БГР), аллергологические (кожные тесты), лабораторные) было проведено клиническое определение уровня контроля бронхиальной астмы с использованием опросников ACQ-5, а также субъективная оценка назальных и синоназальных симптомов с использованием валидизированных опросников TNSS и SNOT-20. Респираторная функция носа оценивалась методом передней активной риноманометрии с использованием компьютерного риноманометра Rhino 31 (Atmos, Германия). Проводилось также исследование вариабельности сердечного ритма (спектральный анализ сердечного ритма).

Были зафиксированы довольно высокие корреляционные взаимосвязи между результатами теста, отражающего уровень контроля бронхиальной астмы, и тестов, количественно характеризующих назальные и синоназальные симптомы. В то же время корреляционные связи между тестами ACQ-5 и вариабельностью сердечного ритма, наоборот, оказались очень низкими или чуть выше в случае тестов SNOT-20. То есть при обострении бронхиальной астмы происходит сдвиг показателей в сторону симпатических, а при частичном контроле заболевания — в сторону парасимпатических симптомов. Такой показатель полностью соответствует концепции, которую еще в 1985 г. сформулировал профессор И.И. Балаболкин: «Симпатикотония, возникающая при обострении бронхиальной астмы, в период неглубокой ремиссии сменяется ваготонией; в дальнейшем, при улучшении состояния, между обоими отделами устанавливается равновесие» («Бронхиальная астма у детей». М.: Медицина, 1985). «В нашем случае, — отметила Т.И. Елисеева, — ваготония и парасимпатикотония в большей степени отмечаются у детей с частичным контролем заболевания, и они требуют особого внимания в плане проведения антихолинергической терапии».

В настоящее время в научной литературе постулируется закономерность, что в целом для пациентов с аллергическими болезнями дыхательных путей, включая аллергический ринит и бронхиальную астму, характерными являются парасимпатическая гиперактивность и снижение симпатического тонуса, и, возможно, имеются фенотипы больных, для которых характерна парасимпатикотония. Однако генез и выраженность вегетативной дисфункции при аллергических заболеваниях дыхательных путей требуют дальнейшего детального изучения, в т.ч. с учетом клинической экспрессии патологических состояний. Таким образом, в комплексном подходе к лечению детей с бронхиальной астмой необходимо помнить о значении вегетотропной терапии, тем более что современные тенденции лечения это все учитывают, вплетая в базисную противовоспалительную терапию бронхиальной астмы М-холинолитики длительного действия.

В настоящее время в качестве основного антихолинергического препарата в основном используется Тиотропия бромид (Tiotropium bromide), показанный к применению для детей старше 6 лет. Однако на различных этапах клинических исследований и внедрения в практику для лечения астмы как в качестве монотерапии, так и в вариантах комбинированного лечения с ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС) и бета-2-агонистами находятся такие препараты, как Умеклидиния бромид, Гликопиррония бромид и Аклидиния бромид. Очень важно, чтобы появился такой препарат, при помощи которого мы смогли бы достигать полного контроля над заболеванием наших пациентов.



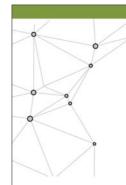
В заключение Т.И. Елисеева подчеркнула, что проблема неконтролируемого или плохо контролируемого течения бронхиальной астмы все еще сохраняется. Поэтому существует потребность в разработке дополнительных диагностических и терапевтических подходов, а именно в совершенствовании противовоспалительных препаратов имеющихся классов и их сочетаний, в т.ч. с использованием МХЛ длительного действия, а также поиске принципиально новых подходов к терапии астмы, в т.ч. с учетом фенотипов и эндотипов болезни.

Все это, по мнению Т.И. Елисеевой, позволит разработать персонализированные подходы в лечении бронхиальной астмы, предусматривающие назначение индивидуальной терапии каждому конкретному пациенту с учетом его коморбидных заболеваний, эндотипа и фенотипа болезни, в т.ч. с определением варианта вегетативной дисфункции.

По материалам симпозиума «Актуальные вопросы диагностики и терапии аллергических состояний у детей» в рамках XXVI Российского национального конгресса «Человек и лекарство»

Елена ПИГАРЕВА





Первая международная конференция

ЧТО ПРОИСХОДИТ НА РЫНКЕ БАД?

29 ноября 2019 г., отель Hilton Moscow Leningradskaya, г. Москва



Новая отраслевая площадка для обсуждения законодательных изменений, трендов и стратегии развития рынка БАД, особенностей производства и продвижения БАД в России.

- ПЯТЬ дискуссионных сессий; ЧЕТЫРЕ интервью на сцене; мастер-класс и аналитическая панель
- **ФОРМАТ:** живое обсуждение без цензуры ГЛАВНЫМ игроками рынка
 - АУДИТОРИЯ: Россия, страны СНГ
- ЭКСПЕРТНОЕ мнение: программа составлена участниками рынка БАД
- ДВЕСТИ ДЕСЯТЬ МИНУТ для нетворкинга и неформального общения

Полная информация на сайте: <u>infor-media.ru</u> и у Елены Проненко по тел.: +7 495 995-80-04, доб. 1272, или по e-mail: e.pronenko@infor-media.ru

реклама





КОНФЕРЕНЦИЯ

«Финансирование системы здравоохранения: проблемы и решения»



В ПРОГРАММЕ КОНФЕРЕНЦИИ

Панельные дискуссии

- Влияние здоровья населения на экономику страны
- Финансовые платформы здравоохранения в субъектах РФ

Секционные заседания

- Роль ТФОМС в эффективном функционировании систем здравоохранения регионов
- Содержание Программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи: итоги реализации в 2019 году и задачи на плановый период 2020 и 2021 годов
- Роль ГУПов в системе здравоохранения в субъектах РФ

Тематические сессии

- Дорого или дешево лечить бронхиальную астму
- Снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний как национальная цель
- Развитие системы КСГ в 2020 году: алгоритмы формирования и актуализация модели
- Лекарственное обеспечение на федеральном и региональном уровне

Дополнительная информация на сайте www.finzdrav.com и по тел.: (495) 359-06-42, 359-53-38, e-mail: fru@fru.ru

Обращаем Ваше внимание, что Оргкомитет конференции оставляет за собой право вносить изменения в программу и состав докладчиков



26-я Международная специализированная выставка



Approved Event POCCURACKAR HEZERR ADPAGOOKPAHERING

2-5 декабря 2019 Москва, ЦВК «Экспоцентр»



151

Компанияучастник



5090

Профессиональных посетителей



43

Региона России



38

Стран мира

ПРЕИМУЩЕСТВА ПОСЕЩЕНИЯ

- Изучить новые продукты и услуги
- Оценить ситуацию на рынке и тенденции в отрасли
- Повысить профессиональную квалификацию, посетив мероприятия деловой программы
- Провести деловые встречи с лидерами отрасли
- Найти новых партнёров и заключить договоры
- Получить удовольствие от встреч и общения в профессиональном кругу

МЫ ПРИГЛАШАЕМ

- Руководителей аптек и аптечных сетей
- Дилеров и дистрибьюторов
- Провизоров и фармацевтов
- Преподавателей и студентов фармацевтических ВУЗов
- Врачей
- Представителей СМИ



16+

Организатор

MOCKBA POCCUR

BPOSKCTO

VIENNA AUSTRIA

EUROEXPO

Exhibitions and congress Development GmbH

+7 (495) 925-65-61/62 www. aptekaexpo.ru



«ФАРМКОНСУЛЬТАНТ» –

постоянно действующая бесплатная система образования для провизоров и фармацевтов.



Ближайшие мероприятия:

3, 10, 17 декабря – Москва, 5 декабря – Дмитров, 12 декабря – Мытищи.

Запись на конференции:

с 11.00 до 17.00 по телефону +7 (495) 234-07-34, доб. 137, 153 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 (REV) 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