

ТЕМА НОМЕРА



ЗАДАЧА — МАКСИМАЛЬНО ЭФФЕКТИВНО НАЛАДИТЬ РАБОТУ СИСТЕМЫ

Проблема — это проверка на прочность. А еще — увеличительное стекло, сквозь которое отчетливее видны и недостатки, и преимущества. Так произошло и с пандемией коронавирусной инфекции: еще четче обозначились как сильные, так и слабые стороны здравоохранения.

Профессионализм врача и его незащищенность перед лицом всеобщей угрозы. Качество лечения и трудности доступа к лечению. Грамотная консультация провизора и целый ряд оргвопросов фармацевтической помощи, решает которые вовсе не аптека.

Какие выводы можно сделать из периода пандемии? Какие действия стоит предпринять как в ближайшем будущем, так и в долгой перспективе? Обратимся за ответами к экспертам — участникам Темы номера.

АНОНС



ФАРМРЫНОК: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ И ПРАВОВЫЕ КОЛЛИЗИИ

Самым большим вызовом для фармацевтического рынка остается текущая ситуация с пандемией. Практически во всех странах экономика замедлилась, выход на карантин повлиял на основных поставщиков — Китай и Индию, что в свою очередь затронуло Европу и США и повлияло на экономику нашей страны.



НАРУШЕНИЯ В АПТЕКАХ: ИЗУЧИТЬ, ИСПРАВИТЬ И НЕ ДОПУСКАТЬ

Тема нарушений правил розничной торговли лекарственными средствами, пожалуй, самая обсуждаемая в фармацевтической деятельности. А события последних месяцев придают ей особую актуальность.

ТЕМА НОМЕРА



ЗАДАЧА — МАКСИМАЛЬНО ЭФФЕКТИВНО НАЛАДИТЬ РАБОТУ СИСТЕМЫ

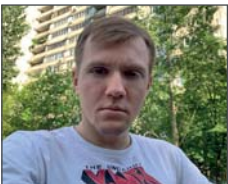
3

АПТЕКА



БУТЫРСКИЙ РАЙОН. В АПТЕКАХ ВСЕ ПРОСТО И БУДНИЧНО

37



Герман Вандышев: «ЧАСТНЫЙ БИЗНЕС АКТИВНО УНИЧТОЖАЕТСЯ»

45



КАК COVID-19 ПОВЛИЯЛ НА АККРЕДИТАЦИЮ ФАРМАБОТНИКОВ

50



НАРУШЕНИЯ В АПТЕКАХ: ИЗУЧИТЬ, ИСПРАВИТЬ И НЕ ДОПУСКАТЬ

54



ГАСТРОЦИТОПРОТЕКТОРЫ: ДЛЯ ЗАЩИТЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖКТ

58



ВОПРОС — ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ

62

ФАРМРЫНОК



ВИРУС ЗАСТАВИЛ ФАРМКОМПАНИИ ПЕРЕЙТИ К ПАРТНЕРСТВУ

67



ЕСЛИ ХОЧЕШЬ ПРОДАВАТЬ — ПРОДВИГАЙСЯ!

70



МИССИЯ — ЗАБОТА О ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА

76



«ПЛАТИНОВАЯ УНЦИЯ 2019»: ФАРМ-СООБЩЕСТВО ВЫБРАЛО ЛУЧШИХ

79



ФАРМРЫНОК: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ И ПРАВОВЫЕ КОЛЛИЗИИ

83



XXI ВЕК: НОВАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ. СИТУАЦИЯ X

87



НПВП — ПРОИЗВОДНЫЕ ПРОПИОНОВОЙ КИСЛОТЫ

92

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ



Дмитрий Кузнецов: ОМС НУЖНА ПОЛНОЦЕННАЯ СТРАХОВАЯ МОДЕЛЬ

94



ГУСТАЯ КРОВЬ — ИСТОЧНИК ПОВЫШЕННОЙ ОПАСНОСТИ!

97

ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ



ЧАЙ НА ВСЕ СЛУЧАИ ЖИЗНИ: АССОРТИМЕНТ АПТЕК

102

СПЕЦМЕРОПРИЯТИЯ



СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

106



ЗАДАЧА — МАКСИМАЛЬНО ЭФФЕКТИВНО НАЛАДИТЬ РАБОТУ СИСТЕМЫ

Проблема — это проверка на прочность. А еще — увеличительное стекло, сквозь которое отчетливее видны и недостатки, и преимущества. Так произошло и с пандемией коронавирусной инфекции: еще четче обозначились как сильные, так и слабые стороны здравоохранения.

Профессионализм врача и его незащищенность перед лицом всеобщей угрозы. Качество лечения и трудности доступа к лечению. Грамотная консультация провизора и целый ряд оргвопросов фармацевтической помощи, решает которые вовсе не аптека.

Какие выводы можно сделать из периода пандемии? Какие действия стоит предпринять как в ближайшем будущем, так и в долгой перспективе? Обратимся за ответами к экспертам — участникам Темы номера.

На первый взгляд кажется: если начать описывать проблемы, возникающие в области здравоохранения, понадобится не один объемистый том. Однако если от описания перейти к классификации, то можно выделить три ключевых группы вопросов, вышедших на первый план в годы «оптимизации и реорганизации» и обострившихся еще сильнее в период пандемии.

ЕЩЕ РАЗ О ВРАЧЕ

Первая из «горячих точек» — незащищенность медицинского специалиста. *«Несмотря на неоднократное изменение и дополнение правил осуществления выплат медицинским и иным работникам здравоохранения за особые условия труда и дополнительную нагрузку, выполнение особо важных работ, по состоянию на 15 мая большинство работников не получили*

предусмотренные законодательством выплаты или получили их в меньшем размере. Здесь хотелось бы обратить внимание на Протокол совещания Президента РФ по вопросам реализации ранее принятых мер по поддержке экономики и социальной сферы, прошедшего 19 мая, — комментирует ситуацию юрист практики «Фармацевтика, медицина и биотехнологии» компании Dentons **Александра Вовк**. — *Кроме того, на сайте государственных услуг запущен сервис по подаче жалоб на отсутствие стимулирующих выплат медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам в связи с распространением коронавирусной инфекции».*

Обратим внимание также на недавнее заявление Профсоюза работников здравоохранения РФ о недопустимости нарушений трудовых прав работников сферы здравоохранения

в сложившихся эпидемических условиях. Профсоюз замечает, что не урегулированы, например, вопросы:

- о стимулировании труда медицинских и иных работников учреждений, не профилированных для оказания медицинской помощи больным COVID-19, оказывающих медицинскую помощь лицам без установленного на момент обращения диагноза;
- предоставления работникам компенсационных мер, направленных на ослабление негативного воздействия на их здоровье вредных и (или) опасных факторов производственной среды и трудового процесса;
- определения категорий граждан «из групп риска заражения COVID-19», при оказании медицинской помощи которым должны быть установлены стимулирующие выплаты в соответствии с постановлением Правительства РФ №415.

«Изменения нужны, и в первую очередь — в отношении системы к самим медицинским работникам, к тем врачам и медицинским сестрам, которые были, как теперь пишут в СМИ, «на передовой» и умирали от инфекции», — комментирует директор НП «Центр социальной экономики» Руслан Древаль. — А статистика (хоть и не точная) говорит, что в РФ погибло огромное количество медиков по причине инфицирования COVID-19».

РЕЗЕРВ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВСЕГДА

Вчера говорили о зарплатах ниже уровня выживания — сегодня вынуждены констатировать гибель врачей. Итак, «горячая точка» номер два — последствия «оптимизации» в виде нехватки основных ресурсов. Ведь под сокращение попала и инфекционная служба, закрывались больницы «за ненадобностью».

Как замечает член комитета Совета Федерации по социальной политике, заслуженный врач России Владимир Круглый, резерв у здравоохранения должен быть всегда. И кадровый, и коечный, и финансовый. Наличие резерва позволяет быть готовыми к экстренным ситуациям и даже в условиях пандемии продолжать оказывать плановую помощь пациентам.

«Постигшее нас бедствие показало, что большое количество больничных коек на душу населения — важнейший фактор для национальной системы здравоохранения в целом», — комментирует первый зампреда комитета Госдумы по бюджету и налогам Ирина Гусева.

Руководитель высшей школы организации и управления здравоохранением Гузель Улумбекова приводит такие данные:

- с 2012 по 2018 г. врачей в государственных и муниципальных медучреждениях стало на 12% меньше. В итоге недостает 46 тыс. специалистов;
- за эти же семь лет здравоохранение потеряло 160 тыс. стационарных коек;
- должностной оклад врача в минувшем 2019 г. составлял от 12 до 35 тыс. руб. (включая НДФЛ);
- по сведениям Счетной палаты, в 35% ЛПУ нет канализации.

Третья «горячая точка» — сложности с координацией действий. Некоторые процессы, относящиеся по своей сути к здравоохранению, сегодня принадлежат иным областям. В ситуации пандемии это привело к значительной рассогласованности действий. Как обращает внимание президент общественной организации «Лига защитников пациентов» Александр Саверский, в дни пандемии рассогласованность возникла между ключевыми задачами Минздрава и Роспотребнадзора, осуществляющего надзор санитарно-эпидемиологический. Результатом оказались трудности в доступе пациента к медицинской помощи.

«Помимо безусловной необходимости организации противоэпидемических мероприятий и лечебного процесса больных с COVID-19, нам необходимо постоянно держать во внимании, что огромное количество больных хроническими заболеваниями постоянно нуждаются в получении плановой медицинской помощи, — констатирует Руслан Древаль. — И что неоказание этой помощи с течением времени может обернуться колоссальными потерями как для государства, так и для конкретных людей. И эти потери могут быть несопоставимо больше, чем потери от эпидемии. Об этом говорил и наш Президент 28 апреля с.г.».

«Эхо пандемии» может быть продолжительным. Минимизировать его, своевременно

оказывая помощь пациентам, — одна из важнейших задач сегодняшнего здравоохранения.

В ЧЕМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НЕСКООРДИНИРОВАННОСТЬ?

Санитарно-эпидемиологический надзор сегодня относится не к здравоохранению, а к области защиты прав потребителя. Но это не единственное организационное противоречие, на которое обращают внимание эксперты.

«В нашей системе ОМС до сих пор нет полного единообразия, особенно в вопросах тарификации медицинских услуг, а также информационного учета показателей по оплате медицинской помощи за пределами территории страхования, — замечает Ирина Гусева. — Все это сказывается на управляемости системой не в лучшую сторону и, кроме того, нарушает принцип социальной справедливости... Любой житель нашей страны должен быть уверен, что медицинская помощь ему будет оказана в любом регионе, где бы он ни находился, причем одинакового объема и качества. А доступность и качество помощи зависят от объема средств, получаемых медицинской организацией за ее оказание. И хотя у нас формально существует единая тарифная политика, реальный объем средств во многом зависит от субъективных решений конкретных региональных менеджеров. А это неизбежно приводит к просчетам, искажениям, что в итоге усугубляет региональное неравенство в медпомощи». Эксперт обращает внимание на необходимость унификации региональных тарифов ОМС на медицинскую помощь.

Децентрализация наблюдается и собственно в структуре органов здравоохранения, замечает Александр Саверский. Областной или краевой минздрав напрямую подчиняется не минздраву федеральному, а правительству своего региона. Пациенту нужна вертикаль управления на уровне Минздрава, полагает эксперт.

Следующий момент рассогласованности связан с изменением роли ведущих врачей-специалистов. *«У главных внештатных специалистов Минздрава отсутствуют полномочия и ответственность по организации медицинской помощи в регионах, — поясняет Гузель Улумбекова. — Изначально ключевые главные специалисты были в штате Минздрава*

России. У них был собственный аппарат, который позволял полноценно выполнять функции по организации медицинской помощи по своему профилю».

Еще одна точка «нескоординированности» хорошо известна каждому аптечному работнику. Лекарственный препарат — часть лечения, а вот фармация сегодня (как и санэпиднадзор) находится за рамками здравоохранения. Связь фармацевтической и медицинской помощи нарушена не только де-юре, но и де-факто: врач нередко не располагает необходимой информацией о современных лекарственных препаратах.

КАК СОЕДИНИТЬ МЕДИЦИНУ И ФАРМАЦИЮ?

«Решается вопрос очень просто: обязательное наличие клинического фармаколога — как связующего звена между врачами и аптеками, — рекомендует Владимир Гридякин, генеральный директор аптеки ООО «Альянс-Фарм», врач высшей категории. — Главная задача такого специалиста состоит в том, чтобы с помощью объективных критериев помогать врачам с пользой для больного ориентироваться в океане стремительно появляющихся в обращении лекарственных препаратов».

Рассказывать врачу об особенностях лекарственных средств тех или иных фармгрупп — не единственная задача клинического фармаколога как системообразующего элемента здравоохранения. Изучать и описывать потребность населения в лекарственных средствах и медицинских изделиях — еще одна важнейшая функция этого специалиста. Такой подход полезен и врачу, и пациенту, и аптеке: при налаженном диалоге с региональными властями информация от клинического фармаколога поможет в формировании запасов рецептурных препаратов.

Что нужно, чтобы недостающее связующее звено органично включилось в систему? Опять же — отношение к медицинскому специалисту и острая нехватка ресурсов. Пандемическая ситуация сделала эти вопросы приоритетными: сегодня обсуждаются условия труда медицинского работника и возможные льготы, связанные со спецификой его деятельности.

Это серьезный и верный шаг. И очень важно одновременно с этим задуматься об условиях труда работника фармацевтического.

ФАРМСПЕЦИАЛИСТ В ЗОНЕ РИСКА

«Фармацевты и провизоры изначально лишены даже призрачного шанса на какие-то изменения в виде социальных гарантий. Ведь фактически их четко отделили от медицины и, увы, передали «в торговлю», — обращает внимание Ярослав Шульга, основатель консалтинговой компании Shulga Consulting Group. — Отделение фармацевтических работников от медицинских — ситуация рукотворная и она полноценно реализована. А вот отделить фармспециалистов от соответствующих рисков, увы, не удалось».

Эксперт-аналитик предлагает ответить на такой вопрос: сколько раз в день (в соответствующий сезон) фармацевт или провизор контактирует с гарантированно больным посетителем? Важны и все те же условия труда — ввиду специфики ассортимента аптечные организации не так давно считались вредным производством.

«Я очень хотел бы — как и тысячи фармацевтов по всей стране — чтобы для начала фармспециалистов признали/приравняли/отнесли к статусу медицинских работников, — продолжает эксперт. — Чтобы в случае развития (и реализации) в будущем полезной идеи дать социальные гарантии медикам, фармацевтические работники получили бы эти гарантии автоматически. Это первое. Второе — льготная пенсия. Это и возраст выхода на пенсию, и повышающий коэффициент».

ШЕСТЬ ШАГОВ ПО РЕАНИМАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Февральская тема номера знакомила с программой спасения здравоохранения, которую разработала руководитель ВШОУЗ, д.м.н. Гузель Улумбекова. Сегодня эта программа расширена и дополнена. Хотелось бы обратить внимание на шесть основных задач, в которых уважаемый эксперт видит спасение этой системы:

- выстроить единую вертикаль здравоохранения. А именно: восстановить централизованную систему управления здравоохранением во главе с Минздравом России;
- увеличить государственные вложения в систему здравоохранения;
- скорректировать модель финансирования здравоохранения;
- исправить положение медицинских работников;
- обеспечить качество медицинского образования и развитие медицинской науки;
- обеспечить готовность системы здравоохранения к эпидемиям и иным экстренным ситуациям.

И все должно быть взаимосвязано. Например, единый центр готовности к эпидемическим ситуациям должен быть сформирован на базе Минздрава, а значит его организация является частью решения первой задачи: собрать во едино разрозненные части здравоохранения. Увеличение вложений в систему медицинской помощи необходимо сопровождать такой организацией финансирования, при которой улучшаются условия работы врача или медицинской сестры и одновременно с этим развиваются образование и наука.

А первый шаг к достижению этих целей — понимание той роли, которую играет здравоохранение. Причем не только в общественном мнении.

ПОМОЩЬ ИЛИ УСЛУГА?

Юридический термин нашего времени — «медицинская услуга». Пациент выступает как ее заказчик, или потребитель. Врач или фельдшер, даже если речь идет о «03», становится исполнителем. Такое положение дел становится основным для юридической базы здравоохранения. Но приемлемо ли это понятие для качественной медпомощи?

«На мой взгляд, один из важнейших шагов по усилению «боеготовности» здравоохранения (как при угрозе второй волны пандемии, так и при защите пациентов от других заболеваний) — кардинально разделить два понятия: «медицинская помощь» и «медицинские услуги», — считает врач скорой и неотложной помощи Андрей Звонков. — Все, что касается обращения больных за помощью в случае болезни (или

ее выявления при скрытом течении) попадает в категорию медицинской помощи и изначально должно обеспечиваться государством и регионами».

Понятие «медицинские услуги» опускает спасение человеческой жизни до уровня... услуг потребительских, замечает и Гузель Улумбекова. И эта формулировка утверждает соответствующий подход к здравоохранению в целом.

КОММЕРЦИЯ, ЭКОНОМИЯ, ОПТИМИЗАЦИЯ

Сам термин «услуга» предполагает нечто второстепенное, без чего можно и обойтись. А также определяет уровень уважения к специалисту, выполняющему работу или оказывающему помощь под этим названием. И, разумеется, оплата «услуг» является сдельной.

Что будет, если рассматривать с такой точки зрения медицинскую помощь?

Первый и самый очевидный вывод: профилактика в подобной системе не нужна. Ведь тогда «клиент» за «услугами» не обратится. Чем больше пациентов будет нуждаться в лечении, тем больше денег будет перечислено медицинскому учреждению. И наоборот.

«Медуслуги — это коммерческая медицина, когда на первом месте деньги, а здоровье — на последнем, — убежден Андрей Звонков. — Поэтому государству очень важно отделить государственную медицинскую помощь от так называемых медуслуг. Медикам, занятым в первичном звене, в профилактике, первой, скорой и неотложной помощи и т.д. — платить независимо от количества оказанных «услуг». Их работа, как солдатская служба — быть на месте, быть готовыми, знать и уметь. А будет война или нет — по обстоятельствам.»

Врачи и фельдшера дежурят сутками. Есть ли у них вызовы, нет ли, много или мало — не должно отражаться на доходах. За хорошо сделанную работу, за профессионализм, за сданные тесты, за прохождение обучения можно доплачивать... Только так, а не иначе. (Но не так, как сейчас: принял десять пациентов — одна зарплата, принял тридцать — в три раза больше.) Тогда не будет стимула приписывать, лукавить».

Приписки — не единственный побочный эффект «сдельно-гонорарного» подхода к труду медицинского работника. *«Процесс оплаты медицинской помощи устроен по рыночному принципу «деньги следуют за пациентом», причем за разные диагнозы предусмотрена разная цена (тариф). Самый «выгодный» пациент — тот, за которого платят больше, а расходов по оказанию помощи для него — меньше. И чем больше таких пациентов, тем лучше, — обращает внимание Гузель Улумбекова. — А если пациентов мало (как, например, в инфекционной службе при отсутствии эпидемии или в сельской местности), да еще если и денег за пациентом «следует» недостаточно, то в учреждении формируется дефицит средств. Тогда оно вынуждено экономить — сокращать медицинский персонал, стационарные койки или вообще закрываться. Именно по этой причине было закрыто большинство маломощных медицинских организаций в сельской местности и малых городах, сокращены инфекционные и другие «экономически невыгодные» больницы.»*

Тем самым население лишилось необходимой помощи, а здравоохранение — критически важных сегодня резервных мощностей».

«ДАТЬ ВСЕ, ЧТО НУЖНО...»

С понятием медицинской помощи и ее приоритетности тесно связан и наболевший вопрос дефицита кадров. Трудно утвердить перечень льгот для работников сферы услуг, но для специалистов, отвечающих за здоровье нации как важнейший аспект безопасности страны, необходимость льгот сомнений не вызывает.

Когда лечение — помощь, а не услуга, легче решаются и другие организационные вопросы. *«В ведущие медицинские центры страны стоит очередь из специалистов и просто амбициозных молодых врачей. Нужно всего-навсего сделать так, чтобы эти амбиции удовлетворялись бы вне зависимости от того, где — в столичном НИИ или в ФАП где-то в тундре — работает врач», — замечает врач-оториноларинголог Иван Лесков.* Если доктор трудится в больнице в небольшом городке за 400 километров от областного центра, но при этом у него собственная квартира, достойная зарплата и возможность каждые два года проходить обучение под руководством ведущих специалистов мира, он

навряд ли будет считать свой выбор профессиональным неуспехом.

«Как сделать условия труда врача или медицинской сестры более приемлемыми? Это очень просто — дать все, что нужно, — подводит итог эксперт. — Доплаты — лучше заплатить лишнее, чем недоплатить, средства защиты — найти и выдать (помните историю с полковником Най-Турсом из булгаковской «Белой гвардии»?), жилье — предоставить... Нужен томограф в Сонковскую ЦРБ в Тверской области

(городок небольшой, зато до областного центра 400 км) — будет томограф».

Такой подход необходим в организации помощи пациенту и в организации тех процессов, без которых процесс лечения оказался бы невозможным. Речь о медицинском образовании и медицинской науке.

Знания и их передача — один из важнейших резервов здравоохранения. А резервы у медицинской помощи должны быть всегда...

КАК ОБЕСПЕЧИТЬ БОЕСПОСОБНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ПРЕДЛОЖЕНИЕ)

Улумбекова Гузель

Руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением



С какими показателями мы подошли к началу пандемии новой коронавирусной инфекции?

Наверное, для любой системы здравоохранения главный результат — это здоровье нации. Приведем несколько основных параметров. По итогам

2018 г. ключевая характеристика здоровья населения — ожидаемая продолжительность жизни — была на 4,8 года ниже, чем в «новых» странах ЕС. Среди этих государств, например, Польша и страны Балтии.

Смертность в трудоспособном возрасте, увы, очень высока. Втрое (!) выше, чем в «старых» странах Евросоюза. А общая заболеваемость продолжает расти с 2012 г. — на 1,4 млн случаев ежегодно. Стремительно увеличивается поток заболевших, которым необходима помощь.

Выдерживает ли эту все возрастающую нагрузку система здравоохранения?

Увы, ее мощности уменьшаются. Их сокращение в период с 2012 по 2018 г. (из-за сокращения финансирования) стало критическим. В результате за эти семь лет обеспеченность практикующими врачами в государственных и муниципальных ЛПУ снизилась на 12%. Не хватает 46 тыс. специалистов!

Мощности стационарной помощи упали еще более стремительно: минус 15%. Минус 160 тыс. коек.

Даже в «первичном звене» здравоохранения, где лечение — амбулаторное, врачей в 1,5 раза меньше, чем необходимо. Еще сильнее дефицит средних медицинских работников и фельдшеров (их меньше в 1,8 и 1,9 раза). Рост потока больных и «оптимизация» числа медицинских работников увеличили нагрузку на каждого специалиста, который лечит пациента. Под угрозой — здоровье медиков и физическая

возможность оказать больному качественную помощь.

Такую работу на износ не компенсируют даже финансово: в подавляющем большинстве регионов РФ в 2019 г. должностные оклады (без компенсационных и стимулирующих выплат) у врачей составляли от 12 до 35 тыс. руб., а у медицинских сестер — от 10 до 20 тыс. руб. Это включая НДФЛ и при условии, что оклад составляет не менее половины от начисленной заработной платы. В реальности сумма может быть еще ниже.

А по данным Счетной палаты, обветшали и находятся в непригодном состоянии 14% зданий, в которых оказывается медицинская помощь. В 30% зданий ЛПУ нет водопровода. ЛПУ без горячего водоснабжения составляют 51%. В 41% — нет центрального отопления, в 35% — нет канализации. Даже если в расчет могли быть взяты складские помещения (что составляет не более 10% от общего числа зданий), эти цифры — катастрофические.

Около 90% детских поликлиник расположено в непригодных помещениях, и там нельзя разместить современное энергоемкое оборудование...

Есть вопросы и к системе ОМС.

Процесс оплаты медицинской помощи устроен по рыночному принципу «деньги следуют за пациентом», причем за разные диагнозы предусмотрена разная цена (тариф). Самый «выгодный» пациент — тот, за которого платят больше, а расходов по оказанию помощи для него — меньше. И чем больше таких пациентов, тем лучше.

А если пациентов мало (как например, в инфекционной службе при отсутствии эпидемии или в сельской местности), да еще если и денег за пациентом «следует» недостаточно, то в учреждении формируется дефицит средств. Тогда оно вынуждено экономить — сокращать медицинский персонал, стационарные койки или вообще закрываться. Именно по этой причине было закрыто большинство маломощных медицинских

организаций в сельской местности и малых городах, сокращены инфекционные и другие «экономически невыгодные» больницы.

Тем самым население лишилось необходимой помощи, а здравоохранение — критически важных сегодня резервных мощностей.

Такой рыночный способ оплаты неприемлем для системы здравоохранения. Ведь она должна развиваться планомерно, сохраняя свои главные принципы — территориальной доступности, преемственности и координации помощи пациентам.

■ Есть ли координация во взаимодействии между системой здравоохранения и службой санитарно-эпидемиологического надзора?

В советское время санэпидслужба подчинялась напрямую министру здравоохранения, сегодня она входит в отдельную структуру — Роспотребнадзор. Которая, вдобавок, имеет множество других функций — по защите прав потребителей (что напрямую не связано с защитой населения от инфекций и эпидемий). Такая рассогласованность усложнила организацию медицинской помощи в период пандемии.

■ Еще одно проявление недостаточной координации: у главных внештатных специалистов Минздрава отсутствуют полномочия и ответственность по организации медицинской помощи в регионах.

Изначально ключевые главные специалисты были в штате Минздрава. У них был собственный аппарат, который позволял им полноценно выполнять функции по организации медицинской помощи по своему профилю.

■ В нормативной базе здравоохранения накопились критические противоречия и недостатки.

Например, действующие нормы в порядках оказания медицинской помощи систематически не согласуются с нормативами, рассчитанными на основании других документов. А установленные показатели занятости койки в году (более 340 дней) и нормативы обеспеченности средним медицинским персоналом (более 10 коек на 1 должность) опасны ростом внутрибольничной инфекции.

■ Действующая нормативная база по вопросам управления качеством медицинской помощи неполна, противоречива и избыточна — сегодня

действует более 14 несогласованных нормативных актов.

Собственно по контролю качества медпомощи установлено 2400 показателей. При этом контрольные требования множатся: например, добавлены проверки по исполнению целей национального проекта «Здравоохранение» и на соответствие критериям «бережливого производства».

■ В здравоохранении растет число и без того избыточных требований — зачастую не всегда конкретных и не всегда выполнимых.

Например, приняты невыполнимые планы по диспансеризации и профилактическим осмотрам, что вынуждает медицинских работников проводить их формально. Нередко, из-за пересмотра приоритетов права одних пациентов ущемляются за счет жизни и здоровья других: дефицитные кадры стягиваются на решение определенных задач, а пациенты с иными, не приоритетными на тот момент нозологиями остаются без жизненно важного лечения.

Первое, что необходимо для решения накопившихся проблем, — выстроить единую вертикаль. А именно восстановить централизованную систему управления здравоохранением во главе с Минздравом России. Подчинить Минздраву службу санэпиднадзора и другие службы, отвечающие за безопасность здоровья населения, в т.ч. Всероссийский центр медицины катастроф «Защита». Включить главных внештатных специалистов в штат Минздрава для решения вопросов по организации медицинской помощи в регионах, снижения смертности и заболеваемости по соответствующим профилям.

■ Чтобы выстроить единую вертикаль, важно убрать и противоречия в нормативной базе здравоохранения, а также уменьшить дублирование отчетных документов.

В самих медицинских организациях — создать финансовые и материально-технические возможности для выполнения документированных норм и правил: стандартов медицинской помощи, порядков ее оказания, клинических рекомендаций и критериев качества.

■ Развитие здравоохранения, его восстановление как единой системы должно быть обеспечено ресурсами.

Отсюда вторая ключевая задача — увеличить государственные расходы на здравоохранение.

К 2022 г. их объем должен вырасти с 3,8 трлн руб. до 6,5 трлн руб. в ценах 2019 г. (поправка на цены необходима, чтобы противостоять фактору инфляции). Также, **начиная уже с текущего года, необходим дополнительно 1 трлн руб.** Из них:

- ▶ одна треть должна пойти на повышение оплаты труда медицинских работников, профессорско-преподавательского состава медицинских вузов и колледжей и на привлечение дополнительных кадров в здравоохранение;
- ▶ следующая треть — на обеспечение большинства населения нашей страны бесплатными лекарствами в амбулаторных условиях или по рецепту врача. Необходима система всеобщего лекарственного обеспечения;
- ▶ еще одна треть — на повышение квалификации медицинских работников, обеспечение дополнительных мер инфекционной безопасности в ЛПУ в условиях затянувшейся эпидемии, на реализацию отдельных приоритетных программ (например, по снижению смертности и заболеваемости от инфекционных болезней), а также на поэтапное обновление материально-технического обеспечения медучреждений.

Рост государственных вложений приведет к желаемым результатам, если будет изменена модель финансирования здравоохранения. Скорректировать ее — третья ключевая задача. Для этого необходимо восстановить бюджетное финансирование системы здравоохранения. Средства ОМС, федерального и региональных бюджетов должны быть объединены у единого плательщика с последующим перераспределением в регионы, исходя из их сбалансированных потребностей.

- Частные СМО следует исключить из цепочки доведения государственных средств до медицинских учреждений и передать их функции учреждениям государственным.

Территориальные фонды ОМС — сделать финансовыми подразделениями региональных органов управления здравоохранением (что означает упразднение самостоятельности системы ОМС).

- Также нужно восстановить оплату работы медучреждений по смете, которая покрывает их базовые расходы (соответственно, обеспечивает их деятельность вне зависимости от потока пациентов и установленных тарифов).

Расположение и мощности этих организаций должны быть обоснованы, исходя из потребностей населения в медицинской помощи и ее территориальной доступности. Это позволит сохранить медицину в сельской местности и малых городах, восстановить инфекционную службу и скорую помощь. При этом обоснованные критерии поощрения за качество и объем помощи позволят создать дополнительные стимулы для развития медицинской службы.

Шаг четвертый — исправить положение медицинских работников. Начало решения этой задачи — установить на уровне всей страны **единые базовые оклады по основным квалификационным группам:**

- ▶ для врачей — не менее 4 федеральных МРОТ. Тогда начинающий врач после шести лет обучения в вузе будет получать оплату труда около 50 тыс. руб. в месяц (столько же, сколько и выпускник военного училища после четырех лет обучения);
- ▶ для средних медицинских работников — не менее 2 МРОТ;
- ▶ для младшего медицинского персонала и водителей СМП — не менее 1,5 МРОТ (МРОТ в 2019 г. = 12,13 тыс. руб.);
- ▶ Все остальные выплаты к базовому окладу (компенсационного и стимулирующего характера) должны выплачиваться по единым правилам в каждом субъекте РФ, переработки должны оплачиваться в двойном размере.
- ▶ Необходимо также установить законодательно обоснованные нормы трудовой нагрузки для медицинских работников: по основной должности продолжительность рабочей недели в мирное время не должна превышать 40 час.

А максимальное совместительство — не более 1,2 ставки. Внедрение этих норм потребует этапности и может идти по мере привлечения дополнительных кадров. Должны быть предусмотрены и все необходимые меры обеспечения безопасности медицинских специалистов на рабочих местах (включая безопасность инфекционную), а также меры профилактики их «выгорания».

- Следующий момент — установить льготы медицинским работникам. Как военнослужащим и сотрудникам Росгвардии. В том числе пенсию за выслугу лет. Также необходимо обеспечить

медицину полноценным страхованием профессиональных рисков.

■ А термин «медицинская услуга» стоит вычеркнуть из нормативных документов. И вернуть первоначальное понятие «медицинская помощь». Для правовой базы здравоохранения вредно и такое понятие, как «пациентоориентированный подход». Вместе с «медуслугами» он низводит суть лечения человека, спасения его жизни... до потребительских услуг в их буквальном смысле.

■ Шаг номер пять — обеспечить качество медицинского образования и развитие медицинской науки. Для этого закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимо дополнить следующими нормами:

- ▶ об условиях для обеспечения непрерывного медицинского образования — не менее 1 оплаченного рабочего дня в 2 месяца (50 ч. в год), выделенное финансирование и возможность специалиста самостоятельно выбирать образовательную организацию (по принципу «образовательный сертификат»);
- ▶ об установлении оплаты труда профессорско-преподавательского состава медицинских вузов и колледжей (базовых окладов) в 2 раза выше, чем соответственно у практикующих врачей и медицинских сестер;
- ▶ об обеспечении для ППС медицинских вузов и колледжей беспрепятственной возможности клинической практики в медучреждениях;
- ▶ о восстановлении интернатуры для всех медицинских специальностей;
- ▶ о единой системе управления качеством медпомощи, которая должна быть основана на профилактике нарушений, а не на штрафах;
- ▶ о медицинской науке и о тройном увеличении ее финансирования — с сегодняшних 0,04% ВВП до 0,12%, в т.ч. о единой системе управления вложениями в НИР — от их проведения до внедрения в практику.

■ И шестая ключевая задача — обеспечить постоянную готовность к эпидемиям и другим чрезвычайным ситуациям. А именно — **воссоздать под руководством Минздрава России систему постоянной готовности к чрезвычайным ситуациям (катастрофам, эпидемиям), в т.ч.:**

- ▶ создать единый центр в Минздраве;
 - ▶ разработать государственную программу действий при чрезвычайных ситуациях;
 - ▶ проводить учения и публиковать государственный отчет о готовности системы здравоохранения к чрезвычайным ситуациям по установленным показателям;
 - ▶ рассчитать и создать резервы коечных мощностей, подготовленных медицинских кадров (которые можно быстро мобилизовать), запасов СИЗ и других расходных материалов;
 - ▶ выделить специальное финансирование по данным статьям;
 - ▶ подготовить специалистов (не из числа медицинских работников) по отслеживанию контактов граждан, зараженных инфекционными заболеваниями, требующими изоляции;
 - ▶ разработать инструкции и протоколы по организации медицинской помощи в различных ситуациях.
- Оперативный штаб данной системы должен находиться в Минздраве России и обладать полномочиями ежедневного проведения оперативных совещаний со СМИ, а также координации работы смежных ведомств (производство и поставки СИЗ, масок, разработка вакцин, диагностических тестов, фармацевтических препаратов и др.)

Решение шести названных задач позволит не только «реанимировать» здравоохранение, но и сделать его полностью боеспособным — как в пандемической ситуации, так и в повседневной обстановке.

ПЛАНОВАЯ МЕДПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ — БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ?

Древаль Руслан

Директор НП «Центр социальной экономики»



Думаю, что полный анализ эффективности системы здравоохранения в период пандемии COVID-19 еще впереди. Очень надеюсь, что будет честный анализ, будут выводы и последующие решения. Не на бумаге, а в жизни. Я лишь останавлиюсь на нескольких моментах.

Изменения нужны, и в первую очередь — в отношении системы к самим медицинским работникам, к тем врачам и медицинским сестрам, которые были, как теперь пишут в СМИ, «на передовой» и умирали от инфекции. А статистика (хоть и не точная) говорит, что в РФ погибло огромное количество медиков по причине инфицирования COVID-19. По неофициальным данным, их больше 480 человек.

Это много. Это значительно больше, чем в других странах. И вот тут мы подходим к первому выводу — уровень готовности системы здравоохранения эффективно организовать противоэпидемические мероприятия (а, поверьте, опыт в России колоссальный), своевременно и в достаточной мере обеспечить медицинских работников необходимыми средствами защиты, организовать правильно все процессы в медорганизациях. Оказалось, не готовы. Хорошо, что благотворительность и социальная ответственность в нашей стране еще не умерли, и огромное количество людей, компаний помогали и помогают медицинским учреждениям питанием (а это еще одна больная тема, т.к. и оно не было предусмотрено для персонала), средствами индивидуальной защиты и т.д. Это замечательно, что есть благотворители, но это добрая воля.

Да, удалось предотвратить наихудший сценарий развития эпидемии и сгладить динамику ее развития, однако цифры смертей медработников — чрезмерно высокая цена.

Еще одна, с моей точки зрения, из важнейших проблем, которые выявлены эпидемией, — несогласованность действий со стороны различных органов и ведомств, неготовность здравоохранения на местах принимать решения. Давайте разберемся. С начала эпидемии Правительство РФ и МЗ РФ выпустили важные документы, корректирующие организацию медицинской помощи в период COVID-19. Я говорю о постановлении Правительства РФ от 03.04.20 №432 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией» и приказе Минздрава России от 19.03.20 №198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции Covid-19», которые ввели временный порядок организации медицинской помощи и ряд ограничений в оказании медицинской помощи. Следствием этого явились, например:

- приостановление проведения профилактических мероприятий в части диспансеризации, в т.ч. вакцинации от гриппа и пневмококковой инфекции;
- ограничение доступа пациентов к плановой медицинской помощи, в т.ч. в рамках ее оказания в амбулаторном режиме и дневном стационаре;
- увеличение сроков ожидания оказания медицинской помощи в плановой форме (в т.ч. плановых госпитализаций в дневной стационар);
- перепрофилирование медорганизаций на прием больных с COVID-19 при отсутствии маршрутизации пациентов в другие ЛПУ, и, следовательно, невозможность получения специализированной медицинской помощи (в т.ч. лекарственного обеспечения по каналу ОМС);
- изменение структуры финансирования медицинской помощи с учетом COVID-19;

- изменение объемов и структуры потребности в лекарственных препаратах, в т.ч. группы ИБП (как следствие утверждения временных рекомендаций МЗ по лечению COVID-19).

Это далеко не полный список изменений, но главное: ни в одном из перечисленных документов речь не шла об отмене оказания плановой медицинской помощи! А это крайне важно. Ведь помимо безусловной необходимости организации противоэпидемических мероприятий и лечебного процесса больных с COVID-19, нам необходимо постоянно держать во внимании, что огромное количество больных хроническими заболеваниями постоянно нуждаются в получении плановой медицинской помощи. И что неоказание этой помощи с течением времени может обернуться колоссальными потерями как для государства, так и для конкретных людей. И эти потери могут быть несопоставимо больше, чем потери от эпидемии. Об этом говорил и наш Президент 28 апреля с.г. Необходимо обратить внимание также на поручения Президента РФ от 9 мая с.г. высшим должностным лицам субъектов РФ:

- принять меры, направленные на обеспечение доступности для населения медицинской помощи, в первую очередь при острых и хронических заболеваниях, в т.ч. для больных сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, предусмотрев бесперебойное обеспечение больных и медицинских организаций необходимыми лекарственными препаратами и медицинскими изделиями (доклад — до 15 мая 2020 г., далее — ежемесячно).

Причем онкологические и сердечно-сосудистые заболевания, диализ выделены отдельно как наиболее значимые, но выделены **«В том числе»**. На практике же в регионах произошел сбой. Во многих субъектах инициатором такового сбоя стали распоряжения и приказы главных санитарных врачей, которые фактически приостановили оказание планового приема больных в медучреждениях. И вот здесь главный вывод. Многие субъекты, подчинившись таким распоряжениям, не стали искать решения, а максимально ограничили плановую медпомощь по многим профилям. Следствием таких решений стало резкое ухудшение доступности лечения.

Приведу в пример данные мониторинга общественной организации «Надежда». Мониторинг

проводился в период с марта 2020 г. в 65 субъектах РФ в рамках оценки доступности лекарственной терапии для больных ревматическими заболеваниями. Мы знаем, что для ряда пациентов жизненно необходим прием лекарств базисной терапии или биологических препаратов, именно эти препараты пациенты получают в новом порядке, в т.ч. в рамках оказания медицинской помощи в дневных стационарах. Так вот, 74% больных отметили, что имеют проблемы с получением лекарственных средств.

Что все это значит?

А значит это, что из-за неполучения лекарственных препаратов у больных может нарушиться контроль над заболеванием. В таких ситуациях нередко возникают обострения, развиваются осложнения и в целом высок риск ухудшения состояния пациента.

Есть ли решения? Думаю, решения всегда есть. Например, нами незаслуженно забыты стационар-замещающие технологии организации оказания медицинской помощи. Что это такое, спросите вы?

Напомню, что Федеральный закон от 21.11.11 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 32 «Медицинская помощь») регламентирует организацию медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, и дает классификацию такой помощи по видам, условиям и форме ее оказания.

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в т.ч. скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в т.ч. на дому при вызове медицинского работника);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Обратим внимание именно на дневной стационар. Так вот, приказ Министерства

здравоохранения и социального развития РФ от 15.05.12 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» определяет, что такая помощь оказывается:

- амбулаторно;
- в условиях дневного стационара, в т.ч. стационара на дому.

Обращаем внимание именно на **возможность организации стационара на дому**. С моей точки зрения, это прекрасная возможность, с одной стороны, выполнить требования Росздравнадзора, а с другой стороны, там, где это применимо, организовать оказание медицинской помощи, переместив ее на дом (и тем самым снизив негативные последствия ограничений в получении медицинской помощи в медицинских учреждениях).

Да, такое решение требует проработки, а также издания новых и корректировки имеющихся

нормативно-правовых документов на уровне субъекта, но это возможно. К сожалению, многие субъекты предпочли резко ограничить оказание плановой медицинской помощи больным хроническими заболеваниями.

Это всего лишь несколько проблем, выявленных при анализе текущей ситуации. Повторюсь, полный анализ еще впереди. И я ни в коей мере не умаляю самоотверженного труда медицинских работников в период борьбы с COVID-19. Задача руководителей здравоохранения на всех уровнях — максимально эффективно наладить работу системы.

Важно принять такие решения, которые позволят снизить последствия текущей эпидемии и предотвратить «побочные эффекты» возможных последующих.

РЕГИОНАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО В МЕДПОМОЩИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТРАНЕНО

Гусева Ирина

Первый заместитель председателя комитета Госдумы по бюджету и налогам



Наша страна, как и большинство стран Европы, постепенно выходит из ограничений, которые мы вынуждены были принять из-за пандемии. Борьба с коронавирусом и его последствиями далеко не окончена, но уже сейчас мы можем и должны делать выводы

из происшедшего, чтобы совершенствовать нашу систему здравоохранения.

Первый важный урок, который мы вынесли из пандемии, — размер коечного фонда имеет значение. Последние десятилетия развитие современных методов лечения позволило государствам отказаться от наращивания коечного фонда за счет того, что многие болезни можно было лечить амбулаторно. Но постигшее нас бедствие показало, что большое количество больничных коек на душу населения — важнейший фактор для национальной системы здравоохранения в целом. К счастью, Россия по этому показателю — один из лидеров в Европе, но мы все равно приняли необходимые меры, чтобы создать дополнительный коечный фонд, на него выделяются федеральные деньги.

Другой урок, на котором я бы хотела подробно остановиться, связан с финансированием системы здравоохранения. Борьба с эпидемией дорого стоит. Коронавирус дает много тяжелых случаев заболеваний, когда пациент нуждается в интенсивной медицинской помощи, в т.ч. и в реанимационном отделении. Стоимость лечения такого больного по нынешним тарифам доходит до 370 тыс. рублей! Это стало серьезным испытанием для российской системы ОМС. Уже сейчас можно говорить, что ОМС это испытание в целом выдержала. Поэтому я не согласна с алармистами, призывающими разрушить систему, которая работает уже четверть века.

Другое дело, что пандемия обозначила слабые места нашей системы, с которыми нам теперь предстоит разобраться. Одна из таких проблем — большие различия, существующие в региональных тарифах на оказание медицинской помощи.

Дело в том, что в нашей системе ОМС до сих пор нет полного единообразия, особенно в вопросах тарификации медицинских услуг, а также информационного учета показателей по оплате медицинской помощи за пределами территории страхования. Все это сказывается на управляемости системой не в лучшую сторону и, кроме того, нарушает принцип социальной справедливости.

Еще в 2013 г. был введен единый подушевой финансовый норматив базовой программы ОМС для всех регионов, учитывающий территориальные особенности, «северные коэффициенты» и т.д. Были установлены единые принципы тарифной политики и эффективные методы оплаты медицинской помощи. На сегодня территориальные фонды ОМС финансируются по единым финансовым правилам, установленным на федеральном уровне.

Важные шаги в направлении унификации тарифов на медицинскую помощь были сделаны в прошлом году, когда Федеральный фонд ОМС получил полномочия по контролю над формированием тарифов и соответствием региональной тарифной политики требованиям базовой программы ОМС.

В апреле этого года была установлена ответственность региональных органов власти за несоблюдение обязательных требований при уточнении механизмов финансирования медицинской помощи. Благодаря принятому Госдумой закону Минздрав России получил полномочия по контролю над тем, как власти регионов реализуют эти полномочия. Минздрав теперь может направлять предписания об устранении выявленных нарушений (и такие предписания обязательны для исполнения), а также может привлекать к дисциплинарной ответственности

должностных лиц органов власти субъектов РФ и территориальных фондов ОМС.

Таким образом, мы создали необходимую законодательную базу для решения проблемы дифференциации тарифов, однако проблема все еще актуальна и связана она с региональной практикой планирования и распределения целевых средств, поступивших в территориальные фонды из ФФОМС. Тарифы для большинства медицинских услуг должны детально рассчитываться исходя из различных поправочных коэффициентов. Это позволяет учесть региональные особенности оказания медпомощи, связанные с транспортной доступностью, плотностью населения, уровнем медицинской инфраструктуры, спецификой региональной статистики заболеваемости и многими другими факторами.

Конкретные значения коэффициентов устанавливаются на основе экономических расчетов, но зачастую в регионах к этим расчетам подходят формально, не учитывают фактическую потребность жителей региона в объемах медпомощи. Негативную роль играют опасения излишней финансовой нагрузки на региональные бюджеты. Такой ситуации способствует тот факт, что в тарифных соглашениях экономические расчеты отсутствуют (а это не позволяет проверить их обоснованность).

К сожалению, сейчас нет адекватных юридических механизмов, которые могли бы побуждать регионы исправлять ошибки. Поэтому нам необходим единый финансовый оператор в системе ОМС. Именно централизация фондов создаст юридическую основу для устранения

региональных диспропорций в организации медицинской помощи людям и обеспечит прозрачность в расчете тарифов.

Идея вертикализации фондов не нова и в профессиональной среде обсуждается. К сожалению, пандемия вынудила отложить дискуссию, чтобы сосредоточиться на текущих задачах. Но пандемия также продемонстрировала, что у нас в стране не все хорошо с равенством в оказании медицинской помощи. Любой житель нашей страны должен быть уверен, что медицинская помощь ему будет оказана в любом регионе, где бы он ни находился, причем одинакового объема и качества. А доступность и качество помощи зависят от объема средств, получаемых медицинской организацией за ее оказание. И хотя у нас формально существует единая тарифная политика, реальный объем средств во многом зависит от субъективных решений конкретных региональных менеджеров. А это неизбежно приводит к просчетам, искажениям, что в итоге усугубляет региональное неравенство в медпомощи. Вертикализация фондов ОМС может исправить этот недостаток.

Я уверена, что после того, как пик эпидемии пройдет, нас ждут решительные сдвиги, которые не только сделают медицинскую помощь более доступной, но и повысят ее качество. Минздрав, ФФОМС, страховые компании и мы, депутаты Госдумы, готовы работать в одной команде, чтобы добиться позитивных изменений в российском здравоохранении. Надеюсь, что предложенные выше меры будут реализованы одними из первых.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ И МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА — ПОНЯТИЯ РАЗНЫЕ

Звонков Андрей

Врач-терапевт, член Союза писателей России



Важно понимать: здравоохранение по своей сути подобно армии. Только главный враг здесь — болезни. И пандемия коронавирусной инфекции это ярко продемонстрировала: медики — те же солдаты, одни на переднем крае, другие

в тылу. Но все борются с заболеваниями и беспечностью.

На мой взгляд, один из важнейших шагов по усилению «боеготовности» здравоохранения (как при угрозе второй волны пандемии, так и по защите пациентов от других заболеваний) — кардинально (в сознании и медиков, и чиновников от медицины) разделить два понятия: «медицинская помощь» и «медицинские услуги». Все, что касается обращений больных за помощью в случае болезни (или ее выявления при скрытом течении) попадает в категорию медпомощи и изначально должно обеспечиваться государством и регионами, минуя ФОМС.

В Российской империи до Октябрьской революции зарождался такой подход: всю медпомощь обеспечивало земство, состоятельные граждане оплачивали работу медиков или жертвовали в фонд земской клиники. Меценатство взяло на себя огромную нагрузку в деле лечения малоимущих, владельцы фабрик создавали амбулатории при предприятиях, т.е. о жителях заботилась «территориальная община», а о работодателях — работодатели.

В СССР заботу о здоровье граждан (и территориальный, и рабочий принцип заботы, ведь все граждане работали на благо страны) взяло на себя государство — оплачивая работу медиков, строя больницы, ФАПы, поликлиники... И в системе здравоохранения Н.А. Семашко, которую ВОЗ когда-то признавала лучшей в мире, огромные ресурсы вкладывались в профилактику, гигиену, санитарную и санпросвет (включая ту же

вакцинацию и профосмотры). Все это включала в себя медицинская помощь, от первичного звена до помощи высокотехнологичной — операций и дорогостоящего лечения. Ведь очевидно, что легче предотвратить болезнь, чем лечить ее, когда она уже случилась.

Медуслугам (в их первоначальном значении) профилактика не нужна. «Медуслуги» — это термин коммерческой, платной медицины. В данном аспекте здоровые люди ей не интересны (если только речь не идет о пластической и косметической медицине). Медуслугам нужны больные — причем чем тяжелее и запущеннее, чем лучше. Тем больше можно взять за обследование, лечение, тем легче уговорить сдать ненужные в данной ситуации анализы и пройти бесполезные, но дорогостоящие процедуры. Медуслуги — это когда на первом месте деньги, а здоровье — на последнем. Здесь болезнь выступает как субстрат коммерции. Болезнь нужна. Идеальный источник денег — хронический пациент.

Поэтому государству очень важно отделить государственную медицинскую помощь как заботу о здоровье граждан от так называемых медуслуг. Медикам, занятым в первичном звене, в профилактике, первой, скорой и неотложной помощи и т.д. — платить независимо от количества оказанных «услуг». Их работа, как солдатская служба, — быть на месте, быть готовыми, знать и уметь. А будет война или нет — по обстоятельствам. Если будет — будет и премия за каждого побежденного врага. По факту побед и поражений.

Утрирую, конечно, но очевидно, что строить оплату по интенсивности, определяя основную ставку ниже минимума (как, например, в ФМБА — 5 тыс. или 15 тыс. руб. в месяц) и называя при этом основную зарплату в 50–70 тыс. руб. надбавкой за интенсивность, — неверно в корне. И такая практика имеет массу разрушительных последствий.

Врачи и фельдшеры на скорой помощи и в больницах дежурят сутками. Медики

в поликлиниках и ФАП тоже работают сменами, а иногда буквально живут в своих учреждениях. Есть ли у них вызовы, нет ли, много или мало — не должно отражаться на доходах. Они, как пограничники и полиция, готовы идти в бой в любой день и в любое время. Мы хорошо знаем, как хирургов, анестезиологов и гинекологов выдергивают из дома и отпусков для срочных операций.

За что же медикам платить? Как определить критерий их труда? И критерий качества их подготовки?

Конечно, платить надо за хорошо выполняемую работу, за отдежуренные часы, за профессионализм, за сданные тесты, и освоенные навыки. Не за прохождение обучения, а за то, что он реально обучился. (Мне известно немало врачей с удостоверением диагностики ЭКГ, в действительности совсем не знающих этот предмет!) За благодарность от пациентов тоже можно доплачивать. Но главное — это процент к базовой ставке за каждый уникальный навык диагностики и лечения, определяющий понятие «широкого профиля» и «общей практики» (как чиновникам МИД доплачивают за знание каждого языка сверх норматива).

Так должно быть и у медиков: устроился на работу с базовыми знаниями — получи базовую ставку, освоил что-то новое — полагается процент надбавки (при условии, что эти навыки применяются в данном учреждении; навык принятия родов в психиатрической клинике вряд ли должен «доплачиваться», если там не предусмотрено родильное отделение, тогда как углубленный навык неврологической диагностики — наверняка нужен). Занял ответственный пост — еще процент, обучил стажера или занимаешься с группой студентов — тоже процент к зарплате. Только так, а не иначе. (Но не так, как сейчас: принял десять пациентов — одна зарплата, принял тридцать — в три раза больше.) Такой подход порождает приписки и фальсификацию работы. Не должно быть плана по обслуживаемым больным «клиентам», как у пожарных не может быть плана по пожарам или по спасенным из пожара.

В Советском Союзе при государственных учреждениях здравоохранения были созданы подразделения платных медицинских услуг, где врачи и медсестры могли подрабатывать. Но ПМУ

всегда были вспомогательной службой — для тех случаев, если больной очень хотел лечиться платно. При этом ПМУ были под контролем государства, и тарифы на все услуги регламентировались приказом минздрава, а не определялись врачом или руководством ЛПУ.

Мне кажется, создание ПМУ было огромной ошибкой, которая отчасти внесла свой разрушительный вклад в укрепление соответствующей философии у граждан и у медиков.

Уверен, что ОМС не должно явно фигурировать в отношениях госмедпомощи и больных. Такой механизм эффективен и целесообразен только в тех сферах, которые определяются как коммерческие (и тогда фонды ОМС должны будут принимать участие в частичном или полном погашении затрат на медуслуги). ФОМС должен включаться не на стадии оплаты работы медика, а после определения причины наступления страхового случая. Во-первых, погашать затраты на лечение, во-вторых, работать с виновным в наступлении ДТП, производственной аварии, нарушения приказов по карантину и т.п. Вмешиваться в работу медиков и оценивать качество их труда ФОМС не должен совсем.

Какие организационные корректировки могут потребоваться — и когда ФОМС может быть подключен к обеспечению затрат на диагностику и лечение?

Поясню на примере. Человек с определенными жалобами обратился к врачу, тот провел обследование, руководствуясь стандартами, и патологий не нашел. Пациент, исчерпав на данном этапе возможности бесплатной для него медпомощи, обратился в ПМУ, где его обследовали вне стандарта, шире и нашли какой-то патологический процесс.

После этого больной с документами возвращается в госмедучреждение и пишет заявление на возмещение понесенных затрат, и фонд ОМС частично или полностью компенсирует их — ибо очевидна ошибка госмедпомощи.

Очевидно, что такой случай должен разбираться врачебными экспертными комиссиями, которые инициирует ФОМС. Необходимо понять, в чем причина: в действиях врача или в организационных моментах, в стандартах. Следующим этапом должно стать принятие мер к исправлению ошибок и недопущению их в дальнейшем.

Важной частью государственной медицинской службы необходимо сделать также работу врачебно-контрольной комиссии и клинические исследования летальных исходов, не как средство для определения виновных, а в первую очередь как механизм развития и улучшения оказания медицинской помощи.

Необходимо и плотное взаимодействие медицинских учреждений с учебными учреждениями: чтобы студенты-медики проводили

в клиниках, поликлиниках и ФАП значительную часть учебного времени, обучаясь на практике, подкрепляли теорию.

Но главное — медицинское образование на всех уровнях должно быть бюджетным, а каждый медик-выпускник на первые несколько лет (5–10) должен быть обеспечен работой и заработком, позволяющим ему создать и содержать семью, и желательно муниципальным жильем.

СИСТЕМЕ НУЖНА ВЕРТИКАЛЬ УПРАВЛЕНИЯ НА УРОВНЕ МИНЗДРАВА

Саверский Александр

Президент Лиги защитников пациентов



Стоит отметить несогласованность, возникшую в дни пандемии между двумя органами исполнительной власти. В противоречие вошли задачи Роспотребнадзора, выполняющего в т.ч. санитарно-эпидемиологический государственный надзор, и задачи Минздрава.

К сожалению, «нестыковка» коснулась всех мощностей системы здравоохранения.

Роспотребнадзор совершенно справедливо полагал, что в сложившейся ситуации медицинские учреждения — это то место, где должны получать помощь пациенты с коронавирусом — ведь других-то нет. Койки были заняты, и в результате доступ пациентов к плановой медицинской помощи был в ряде случаев серьезно ограничен. В некоторых регионах приостанавливалось оказание всех видов медпомощи, кроме экстренной. При этом Минздрав России плановое лечение не запрещал.

У санэпиднадзора (который входит в структуру Роспотребнадзора) нет задачи оказания плановой медицинской помощи. У Минздрава, напротив, нет прямой задачи по борьбе с эпидемией — что поразительно, однако имеются полномочия как раз в области организации процесса помощи пациентам. Строго говоря, этими полномочиями располагает даже не Минздрав, а региональные управления здравоохранением (которое подчиняется не федеральному министерству, замечу, а губернаторам).

Первый организационный вывод, который здесь напрашивается: санэпиднадзор нужно вернуть в подчинение Минздрава России, чтобы действия в процессе борьбы с эпидемией были согласованными. Потому что мы до сих пор получаем заявления и жалобы, связанные с недоступностью медицинской помощи в эти месяцы. Пострадали даже кардиологические больные.

Невозможно было, например, провести операцию стентирования. Был случай, когда «скорая» вынуждена была возить человека по трем больницам и везде отказывали в помощи в связи с эпидемиологической обстановкой. К сожалению, человек погиб...

Ко многим пациентам не могла приехать «скорая». Вспоминается недавний случай смерти молодой мамы: у женщины от перегрузок развился инфаркт, а из-за перегруженности службы «03» к ней несколько часов не мог выехать реанимобиль.

«Замерла» в начале пандемии онкологическая помощь, что подтверждает и Росздравнадзор. Были проблемы с помощью специализированной и высокотехнологичной. Беременным женщинам было трудно попасть на консультацию, что в некоторых случаях сказалось на процессе родов.

Проблемы были довольно серьезными. И то, что на сегодня смертность не выросла, связано с одним-единственным фактором: она реструктуризировалась. Например, из-за всеобщей самоизоляции уменьшилось число ДТП. Но одновременно с этим увеличилась роль других причин — в частности, такой, как невозможность получить медицинскую помощь. И в ближайший год статистика смертности продолжит расти — за счет пациентов, состояние которых ухудшилось в эти месяцы.

Следует предполагать также прирост числа погибших... из-за алкоголизма. Такого количества нетрезвых граждан на улицах не было, кажется, с девяностых годов.

Что нужно, чтобы избежать ситуации, когда плановое лечение приостанавливается, и пациенту ничего не предложено взамен?

Главный рецепт понятен: необходима централизация здравоохранения. Ведь именно она обеспечивает управляемость и единство подходов, т.е. доступ к медицинской помощи, равный для всех граждан независимо от региона.

А еще — необходим более вдумчивый подход к медицинской науке. Лекарства и вакцины

должны быть проверенными. Их необходимость, эффективность и безопасность должны быть четко и понятно определены. (Вакцина, изготовленная за два месяца, не прошедшая полные клинические исследования, может принести огромный вред.)

Для централизации здравоохранения важно выполнить еще одно условие — удалить систему ОМС. Системе нужна вертикаль управления на уровне Минздрава. Но ни в коем случае не на основе ФФОМС: иначе по-прежнему будут возникать ситуации, когда диагноз становится

распространенным (или, наоборот, редким) из-за размеров тарифа на лечение.

У Министерства здравоохранения РФ должны быть и деньги, и полномочия. А сейчас наблюдается региональная раздробленность: территориальные фонды ОМС — отдельно от Минздрава, здравоохранение субъектов федерации (не подчиняющееся Минздраву напрямую) варьируется в зависимости от региона... Ситуация не управляема из федерального центра, а значит, именно здесь и нужно искать решения.

В МЕДИЦИНЕ ВАЖНА СВОБОДА МАНЕВРА

Лесков Иван

Врач-оториноларинголог



Во время начала пандемии врачи обратили внимание: в странах, где проводилась массовая вакцинация БЦЖ, распространение коронавируса нового типа было менее значительным, чем в странах, где такая вакцинация не проводилась. Потом оказалось, что введение

БЦЖ никак не влияет на устойчивость организма к данному коронавирусу. Зато постепенно пришло понимание, что косная и архаичная система здравоохранения (не отказаться от БЦЖ с послевоенных времен — это как раз проявление крайней негибкости) лучше реагирует на такие вызовы, как пандемия, нежели система, которая в «мирное» время показывает куда лучшие результаты.

Российской системе здравоохранения помогли справиться с взрывным распространением вируса именно остатки «советскости», маркером которой оказалась та самая БЦЖ. Что касается ситуации «мирного» времени, то улучшить ее сейчас можно, опираясь на принцип «на месте виднее». Нужно отдать инициативу ЛПУ, работающим «на земле», чтобы они сами определяли бы и необходимость во врачах, и необходимость в оборудовании. А «верхнее» звено, руководство здравоохранения на всех уровнях просто старалось бы выполнить продиктованные необходимостью просьбы.

Нужен кардиолог, но он соглашается только с предоставлением жилья и вдвое большим окладом — хорошо, дадим. Нужен томограф в Сонковскую ЦРБ в Тверской обл. (Сонково — небольшой райцентр с населением в несколько тысяч жителей, зато до областного центра 127 км) — будет томограф.

Кроме низкого финансирования и неповоротливой системы снабжения, на организацию медицинской помощи отрицательно влияет еще один фактор. Любую инициативу «режет на корню» тут же возникающая мысль: «а вдруг это

незаконно?». В результате мы упускаем время в ожидании того, что начальство всех уровней возьмет на себя ответственность, разрешит врачу оказать тот или иной вид помощи, разрешит применять лекарство или процедуру, не указанные, например, в стандарте, но очень важные для конкретного пациента... А в результате уходит время, цена которому в медицине — человеческое здоровье и жизни.

Как сделать условия труда врача или медицинской сестры более приемлемыми?

Это очень просто — дать все, что нужно. Доплаты — лучше заплатить лишнее, чем недоплатить и получить очередной скандал, средства защиты — найти и выдать (помните историю с полковником Най-Турсом из булгаковской «Белой гвардии»?), жилье — предоставить. Все просто. Основной фактор решения нынешних проблем — это опять-таки свобода маневра на местах.

И даже «вечный» вопрос о дефиците кадров в здравоохранении поможет решить все та же свобода маневра. В ведущие медицинские центры страны стоит очередь из специалистов и просто амбициозных молодых врачей. Нужно всего-навсего сделать так, чтобы эти амбиции удовлетворялись бы вне зависимости от того, где — в столичном НИИ или в ФАП где-то в тундре — работает врач. Если доктор из той же Сонковской больницы будет иметь свою квартиру, приличный оклад и раз в два года будет ездить на стажировку в Европу или США, здороваться за руку с ведущими мировыми специалистами, Москва такому врачу будет просто не нужна. А если при этом он будет лечить так же, как в нашем повседневном представлении лечат в той же Европе или в тех же США (повторюсь, речь о стереотипах из сериалов, а не о действительных особенностях американского здравоохранения), то выиграют все.

Кстати, о стажировках и образовании в целом. Сегодня остро стоит вопрос о ценности той информации, которую дают конференции НМО. Сама конференция часто выглядит так: снимается помещение для проведения конференции (например зал в какой-нибудь гостинице в центре

большого города). Затем фармацевтические фирмы оплачивают эту аренду взамен возможности представить свою продукцию докторам. Ну а после этого — проводится сама конференция, где ведущие профессора читают доклады, стараясь «отметить рекламу» тех фирм, которые оплатили аренду зала. Хорошо, если оплатить аренду соглашается кто-то из «большой десятки» компаний с солидными портфелями рецептурных препаратов. Но обычно поддерживают другие. В результате врачи выслушивают, как хорошо лечить таблетированными травками... Выводы делайте, пожалуйста, сами.

Что касается престижа профессии врача, то его формирует не только и не столько сам врач. Отношение к тому или иному явлению создает пропаганда. Если новостные ленты будут пестреть информацией о том, как «доктора опять кого-нибудь уморили в больнице» (а такие новости могут появиться задолго до результатов исследования и распространяются очень быстро), то ни о каком уважении речи не будет. А такая практика складывалась на протяжении двух десятилетий, если не дольше. Добиваться обратного результата нужно на системном уровне. От правовой нормы до кинематографа...

НУЖЕН КЛИНИЧЕСКИЙ ФАРМАКОЛОГ — СВЯЗЬ МЕЖДУ ВРАЧОМ И АПТЕКОЙ

Гридякин Владимир

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



Системе здравоохранения — и фармацевтической помощи как ее части — нередко не хватает единых организационных принципов. Приведу недавний пример: на момент начала всеобщей самоизоляции в нашем районе Подмосковья оказалось немало жителей

столицы. Возвращение домой было значительно затруднено, и людям понадобились их курсовые рецептурные препараты. Однако цены на лекарства по рецепту в Московской обл. оказались выше, чем в Москве. А некоторых лекарственных средств в подмосковных аптеках не было в наличии — несмотря на то, что в столичном ассортименте они присутствовали. Такая ситуация сложилась, например, с применяемым при ишиалгиях дипроспаном. Пришлось приложить много усилий, чтобы получить и это, и другие необходимые наименования для наших посетителей-пациентов. И везде, где возможно, снизить цены.

Довольно сложно было с противомаларийными средствами, которые применяются не только при лечении инфекций, но и при хроническом заболевании — ревматоидном артрите. И, конечно же, ситуация с медицинскими масками. С ними происходила просто чехарда: фуры с масками отправляются, а в аптеках их почему-то нет.

Хотелось бы, чтобы и в ценовом, и в ассортиментном вопросе было больше единообразия, и, даже оказавшись в другом регионе, человек не лишался бы доступа к необходимому лекарству или медицинскому изделию. Все цены на рецептурные препараты должны быть зафиксированы по всей стране.

Следующий момент — абсолютная неструктурированность информации о применении лекарственных средств. Например, при лечении

новой коронавирусной инфекции. Началась пандемия, и все сведения перепутались еще сильнее. По сути, выбор пациента происходил по принципу Станиславского: «верю или не верю». Решение о приобретении того или иного лекарства зависело от того, как о нем расскажут.

И вот что самое страшное: путаница в выборе лекарственных средств связана не только с пандемией. Огромное количество врачей в современных препаратах не разбирается, а также не знает о наличии тех или иных лекарственных средств в своем районе или городе. Винить в этом медиков трудно — они загружены и даже перегружены. А под воздействием рекламных сообщений выбор лекарств для пациента остается непростым.

Но решается вопрос очень просто: обязательное наличие клинического фармаколога — как связующего звена между врачами и аптеками. Главная задача такого специалиста состоит в том, чтобы с помощью объективных критериев помогать врачам с пользой для больного ориентироваться в океане стремительно появляющихся в обращении лекарственных препаратов.

Не обязательно, чтобы клинический фармаколог был в каждом ЛПУ. Для небольшого населенного пункта достаточно одного такого специалиста. Достаточно, чтобы всего раз в неделю он рассказывал врачам тех или иных специальностей о препаратах определенных фармгрупп и особенностях их применения. Также необходимо взаимодействие клинического фармаколога с региональными властями, чтобы этот специалист сообщал о структуре потребности населения в тех или иных лексредствах и медизделиях. Эту потребность должен изучать и описывать именно клинический фармаколог. Именно его работа — жизненно необходимый «мостик» между помощью медицинской и фармацевтической.

Несмотря на то, что пандемия отступает, задач у здравоохранения не становится меньше. Люди пережили значительные эмоциональные перегрузки и в силу сложившейся ситуации

продолжают их испытывать. А это чревато астеническим синдромом, посттравматическим стрессовым расстройством и, как следствие, таких состояний — различными психосоматическими заболеваниями. У пациентов, уже имеющих хронические заболевания, может значительно ухудшиться состояние.

Ситуация с заболеваемостью могла оказаться многократно сложнее, но часть экстренных вопросов, неожиданно поставленных пандемией,

смогла решить аптека. Да, фармацевт не врач, но к кому обратиться за консультацией, если в силу эпидситуации посещения поликлиники ограничены? И даже если эпидемической обстановки нет, в фармацевтической помощи есть многие из тех рисков, которым подвергаются работники медицинские.

Считаю, что не только де-факто, но и де-юре фармацевтов и провизоров необходимо признать специалистами здравоохранения.

ПОРА РАСШИРИТЬ ПРАВО ПАЦИЕНТА НА ЗАЩИТУ

Рыжаков Андрей

Председатель совета по медицинскому страхованию Всероссийского союза страховщиков



На волне пандемии стали активно обсуждаться перспективы российской системы здравоохранения. Коронавирус испытывает на прочность умение работать при пиковой нагрузке. Можно с уверенностью сказать, что наша медицина справилась с ситуацией лучше,

чем в других странах, особенно по показателю сохраненных жизней. Большинство экспертов и наблюдателей, в т.ч. иностранных, высоко оценивают способность российской медицины противостоять таким масштабным угрозам, как пандемия тяжелой респираторной инфекции.

Существующая система ОМС, усовершенствованная новыми финансовыми и организационными практиками (авансовые платежи, сокращение сроков подключения к системе ОМС и пр.), обеспечила медицинским учреждениям стабильность работы в критический период. Страховые представители активно участвовали в информировании граждан из групп риска о правилах режима самоизоляции. Помогали страдающим хроническими заболеваниями своевременно получать плановую терапию, что не всегда было просто в условиях перепрофилирования медучреждений.

Теперь перед отраслью стоит задача совершенствования возможностей обязательного медицинского страхования в части защиты прав пациента при его путешествиях по России.

Одним из ключевых элементов системы ОМС является возможность каждого застрахованного обратиться за помощью в страховую компанию при возникновении сложностей в получении медицинской помощи — для защиты собственного права на качественное и своевременное лечение. Человек может сам выбирать страховую компанию, которая будет помогать ему в трудной ситуации, отстаивать его права перед лечебным учреждением. Если застрахованный не доволен оказанной медпомощью или

тем, как к нему отнеслись в больнице, он всегда может позвонить на горячую линию страховой компании. Там его проконсультируют, а при необходимости окажут воздействие на медицинскую организацию. Бесплатно. Как показывает многолетний опыт, вмешательство страхового представителя помогает быстро решить проблему.

Бывают ситуации, когда пациент обращается за медицинской помощью не в том регионе, где у него оформлен полис ОМС. Такое может случиться с каждым — на отдыхе или в командировке. Полис ОМС позволяет получить медицинскую помощь на всей территории России, как правило, сложностей с этим не возникает. При этом могут возникать спорные ситуации, когда пациент считает, что его права нарушены.

По действующим правилам больница, где проходит лечение пациент с полисом ОМС другого региона, предъявляет оплату его лечения не в страховую компанию, где он застрахован, а в местный территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС). Фонд оплачивает этот счет и затем предъявляет его в ТФОМС региона, где застрахован пациент. В спорной ситуации с больницей защитником пациента выступает ТФОМС, а не страховщик. Схема вполне рабочая, однако страховые компании располагают гораздо более мощной инфраструктурой, кадрами, а главное — заинтересованностью в отстаивании прав своего застрахованного.

Думаю, в этой ситуации очевидны пути улучшения. Необходимо «донастроить» систему ОМС, чтобы счета за оказанную в другом регионе помощь приходили именно страховщику, в каком бы регионе он ни находился. Это обеспечит возможность защиты прав пациента страховщиком в любой точке России. Страховое сообщество в настоящее время располагает для этого достаточными ресурсами и квалификацией, а современные информационные технологии позволяют пациенту из Калининграда без проблем связаться со своей страховой компанией, будь он в данный момент хоть на Камчатке.

Такая реформа позитивно скажется на качестве медицинской помощи, заботе о пациенте, приблизит нашу систему ОМС к классическим страховым принципам, а также повысит финансовую прозрачность отрасли, которая является одним из приоритетов государственной политики в области здравоохранения.

Напомню, что совершенствование системы защиты прав пациентов в рамках обязательного

медицинского страхования является важным элементом разработанного правительством «Общенационального плана действий, обеспечивающих восстановление занятости и доходов населения, рост экономики и долгосрочные структурные изменения» в части развития российского здравоохранения.

ФАРМАЦИЮ ОТДЕЛИЛИ ОТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, НО НЕ ОТ РИСКОВ

Шульга Ярослав

Основатель аналитического агентства Shulga Consulting Group



Как ни странно, начну с одного парадокса. Что должно было произойти, чтобы общество повернулось лицом к медицинским работникам? Чтобы таковые получили должный уровень внимания, поддержки и одобрения?

Я сейчас даже не о планах приравнять медицинских специалистов к военнослужащим со всеми вытекающими льготами. И не про материальную поддержку тем медикам, которые борются с известной проблемой в инфекционных отделениях. И не о плакатах с ликами врачей вдоль крупных магистралей.

Что должно было произойти, чтобы не тотальная, но распространенная парадигма «взяточники от медицины», «жуткие непрофессионалы», «убийцы в белых халатах», «врачи плохие» немного сдвинулась в пользу того, что труд медика непрост, почетен, а нередко и опасен? Правильно, всего-то нужно, чтобы произошла эпидемия. И мы все стали чуть больше уважать врачей, чуть больше им доверять, чуть больше им сочувствовать. То есть когда проблема коснулась всех или почти всех — мы вспомнили о врачах.

Но это так, ремарка. Хотел бы, прежде всего, высказаться даже не о медицинских, а о фармацевтических работниках. Сразу хочу оговориться — социальные гарантии в медицине недостаточны, но прямо сейчас есть все шансы, что ситуация несколько изменится (в самых высоких кабинетах не только задумались, но и озвучивают мысли о необходимости дать медицинским специалистам эти самые социальные гарантии).

Но хочу обратить ваше внимание на следующее:

- фармацевтические работники находятся, во-первых, в не менее сложных и опасных условиях;

- во-вторых, фармацевты и провизоры изначально лишены даже призрачного шанса на какие-то изменения в виде социальных гарантий. Ведь фактически их четко отделили от медицины и, увы, передали «в торговлю».

Здесь важно подчеркнуть: да, в отличие от времен Советского Союза, сейчас не плановая экономика, есть определенные нюансы и даже определенная логика такого разделения. Но в любом случае отделение фармацевтических работников от медицинских — ситуация рукотворная и она полноценно реализована. А вот отделить фармспециалистов от соответствующих рисков, увы, не удалось.

Обратите внимание: куда в период эпидемии (не только коронавирусной, но и любого сезонного гриппа или ОРВИ) обращается человек с «начальной» симптоматикой? Вначале в аптеку, затем к врачу. Куда человек с поставленным диагнозом, находясь на амбулаторном лечении, обратится при необходимости приобрести выписанные доктором лекарства и в отсутствие возможности попросить помощи у близких? Правильно, кое-как сам доковыляет до аптеки. Теперь посчитайте проходимость аптечной организации и попробуйте ответить на такой вопрос: сколько раз в день (в соответствующий сезон) фармацевт контактирует с гарантированно больным посетителем?

Боюсь, при всем уважении к врачам, «нерастраченная» статистика тут будет в пользу фармацевтических работников. Более того: провизоры и фармацевты — это не только коммерческие аптеки в ТРЦ, это и точно такие же специалисты в ЛПУ, которые рискуют вполне сопоставимо с медицинским персоналом.

Не говорю и о том, что аптечное учреждение ввиду специфики ассортимента — само по себе не самое полезное место работы. Настолько не полезное, что не так давно считалось «вредным производством».

Кстати, в марте, на фоне пандемии, эта несправедливость лишь обострилась, что заставило значительную часть фармацевтов и провизоров

создать петицию с целью защиты их интересов. И в ответе на вопрос, поставленный выше, я очень хотел бы — как и тысячи фармацевтов по всей стране — чтобы для начала фармспециалистов признали/приравняли/отнесли к статусу медицинских работников. Чтобы в случае развития (и реализации) в будущем полезной идеи дать социальные гарантии медикам, фармацевтические работники получили бы эти гарантии автоматически. Это первое. Второе — льготная пенсия. Это и возраст выхода на пенсию, и повышающий коэффициент.

Аптека — вредное место работы. А в пандемию, в сезон ОРВИ или гриппа — сверхвредное. Можно не признавать это на бумаге, находить тысячи аргументов про полную безопасность и пр., но льготная пенсия и статус медицинских работников — именно то, чего ждет фармацевтическое сообщество. Эти два простых и нехитрых шага действительно способны исправить ситуацию.

ДЛЯ ОТПУСКА МАРКИРОВАННЫХ ЛС НУЖЕН ПЕРЕХОДНЫЙ ЭТАП

Любимов Дмитрий

Генеральный директор ООО «Муромские Аптеки»



Странная сложилась ситуация — как будто в медицинской помощи осталась лишь одна из ее областей. Этой весной порой складывалось ощущение, что все пациенты, заболевшие не новой инфекцией, а другими заболеваниями, оказались «за бортом». В период все-

общей самоизоляции, обусловленной пандемией, люди пребывали в растерянности: попасть на прием к врачам-специалистам было очень и очень трудно. Пациенты вынуждены были искать помощь, где только могли: в интернете, у знакомых, у соседей... Приходилось отговаривать посетителей от нелепых покупок.

Но когда такой пациент, всерьез опасаящийся за себя и близких из-за ограниченной доступности помощи врача (к тому же «подогретый» новостями о том или ином «спасающем» средстве), приходит в аптеку — остановить его трудно. Ведь в своем сознании он решение о покупке принял.

Отсюда всплески продаж препаратов, которые конкретному больному для лечения не нужны и даже вредны. В аптеках из-за этого ажиотаж, и в итоге дефицит. Особенно четко виден был спекулятивный характер рынка СИЗ. К счастью, на тот момент дистанционная торговля лекарственными средствами была еще не разрешена: иначе в сложившейся ситуации новости о «чудо-препаратах» распространились бы еще более стремительно и нанесли бы огромный урон и семейным бюджетам, и здоровью пациента.

Уже сегодня покупательская способность в целом снизилась. Люди пытаются экономить свои средства, в т.ч. и на лечении. При этом доверие к фармспециалистам у посетителей

довольно высокое — особенно у посетителей постоянных. Если фармацевт или провизор любит свою профессию, следит за новинками в отрасли, хочет и пытается помочь людям — его мнению многие ценят. Однако решение человек вынужден принимать, исходя из своих бюджетов.

Хочется верить, что доступ пациента к медицинской помощи будет восстановлен как можно скорее. Что касается помощи фармацевтической, то доставка лекарств и ввод их маркировки — это шаг вперед, который дает возможность оградить пациента от фальсифицированных и недоброкачественных препаратов. По возможности мы подготовились к вводу маркировки: закупили оборудование, настроили программное обеспечение, получили маркированную продукцию, провели ее перемещение внутри сети и возврат поставщику.

Но главное — это отпуск маркированных препаратов. Мы его еще не проводили, т.к. это связано с изменениями в режиме налогообложения. Именно в этой операции ждем больше всего проблем и считаем необходимым введение переходного этапа. Без штрафов и изменения налогового режима.

На мой взгляд, сейчас вся фармацевтическая отрасль будет отлаживать этот процесс и только потом займется плотно доставкой лекарств. Ведь любая доставка — это дополнительные издержки. А сегодня, наоборот, пытаются все сокращать. В таком случае доставка станет платной или будет заложена в цену лекарства. Снизить ее стоимость можно только в совместных проектах с логистическими сервисами, где на цену доставки может влиять сумма всей корзины (что уменьшает издержки каждого поставщика). Лекарственный рынок ждет, кто начнет первым и в каком виде. Оценив результаты, можно сделать выводы и тогда принять стратегическое решение. Наверное, в ближайшее время мы увидим различные союзы по доставке лекарств.

НЕОБХОДИМО ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Варпетян Акоп

Директор по развитию аптечной сети «36,6-Здоровье» (Тверская обл.)



Что помогло пережить время пандемии?

Конечно, в дефектуру попадало все, что приобрело в интернете репутацию средств, помогающих в излечении новой инфекции. Как и медицинские маски... Но здесь самое важное — уметь вовремя перейти к ручному управ-

лению в вопросах операционной деятельности. И тогда аптека пройдет подобные испытания более устойчиво.

На мой взгляд, главный урок пандемии состоит в том, что необходимо восстановление действительной медицинской помощи. Не оптимизация, которой была отмечена большая часть 2010-х гг. Не формальные критерии как основа регламентирования деятельности врача. А полноценное обследование, лечение и полное ведение пациента.

Такой подход принесет гораздо больше пользы и для системы здравоохранения, и для здоровья нации, и для всей страны.

Если же в систему медицинской помощи будет включено лекарственное возмещение, это

может стать положительным фактором. При условии, что у данной системы будет прозрачная, просчитываемая и выполняемая экономическая модель. Думаю, многие аптечные организации будут рады такому формату работы, где все прогнозируемо на долгий период. Однако система должна быть обязательно государственной.

Что могу прогнозировать насчет фармацевтической помощи в целом?

В маркировке, стартующей первого июля, остается масса нерешенных вопросов. Установлены сканеры, в третий раз выброшены деньги на воздух благодаря онлайн-кассам (а иначе каждую прошивку касс не называть). Настроены кассы, есть регистрация в «Честном знаке» — и больше ничего. Программное обеспечение мы так и не можем опробовать ввиду постоянных изменений на стороне оператора. Масса неизвестных вопросов, и все они без ответов. Видимо, будем как в детской песочнице: пробовать, щупать и понимать.

К дистанционной торговле готовы. Подаем документы на получение разрешения. Наверное, готовы уже многие аптечные организации. Только это будет не наша игра, а игра смежных отраслей на нашем поприще.

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ ПОДДЕРЖКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Вовк Александра

Юрист практики «Фармацевтика, медицина и биотехнологии» компании Dentons



В период пандемии одной из задач здравоохранения является поддержка медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). Хотелось бы предложить проанализировать приня-

тые в Российской Федерации меры поддержки данной категории граждан в период пандемии 2020 г.

Первая группа мер — стимулирующие выплаты медицинским и иным работникам. Одним из первых шагов в данном направлении было поручение Президента РФ (с текстом документа можно ознакомиться в официальном источнике — <http://www.kremlin.ru/acts/assignments/orders/63140>) выделить из федерального бюджета средства на осуществление стимулирующих выплат за работу в особых условиях и дополнительную нагрузку следующим категориям специалистов:

- медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлен COVID-19;
- медицинским работникам, осуществляющим медицинское наблюдение на дому за состоянием здоровья граждан из групп риска;
- сотрудникам Роспотребнадзора и подведомственных организаций, задействованным в обследовании и выявлении граждан, инфицированных COVID-19.

Правительство РФ утвердило правила предоставления в 2020 г. иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства РФ, в целях софинансирования выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам при работе с гражданами, у которых выявлен COVID-19 (постановление Правительства РФ от 02.04.20 №415 «Об утверждении Правил предоставления в 2020 году иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, в целях софинансирования, в том числе в полном объеме, расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией», далее — ПП-415).

Согласно ПП-415 бюджетам субъектов Российской Федерации предоставляются средства в форме иных межбюджетных трансфертов на обеспечение выплат стимулирующего характера в медицинских организациях в апреле — июне 2020 г. в следующих размерах:

Категория работника	Размер выплат по отношению к средне- месячному доходу (среднемесячный доход от трудовой деятельности в соот- ветствующем субъекте РФ за 9 месяцев 2019 г. по данным Росстата), %
врач скорой медицинской помощи, в т.ч. в составе специализированных выездных бригад	80
средний медицинский персонал, участвующий в оказании скорой медицинской помощи (фель- дшеры скорой медицинской помощи, медицинские сестры, медицинские сестры-анестезисты)	40
фельдшеры (медицинские сестры по приему вы- зовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи)	20
врачи и медицинские работники с высшим (неме- дицинским) образованием подразделений, оказы- вающих первичную медико-санитарную помощь	80
средний медицинский персонал, участвующий в оказании первичной медико-санитарной помощи	40
младший медицинский персонал, обеспечивающий условия для оказания первичной медико-санитар- ной помощи	20
врачи и медицинские работники с высшим (неме- дицинским) образованием, оказывающие специа- лизированную медицинскую помощь в стационар- ных условиях	100
средний медицинский персонал, участвующий в оказании специализированной медицинской по- мощи в стационарных условиях	50
младший медицинский персонал, обеспечивающий условия для оказания специализированной меди- цинской помощи в стационарных условиях	30

Указанные выплаты стимулирующего харак-
тера устанавливаются за фактически отработан-
ное время. Согласно разъяснениям Минздра-
ва России, выплата стимулирующего характера
устанавливается на каждый месяц с даты фор-
мирования отделения (бригады скорой меди-
цинской помощи) и осуществляется за фактиче-
ски отработанное время по графику. То есть за
все время работы, за исключением периодов
отсутствия медицинского работника на рабочем
месте в связи с болезнью, нахождением в отпу-
ске, в других случаях, предусмотренных зако-
нодательством (письмо Минздрава России от
21.05.20 №6-3/И/1-6965).

Хотелось бы обратить внимание так-
же на Перечень поручений по вопросам

противодействия распространению новой ко-
ронавирусной инфекции (COVID-19) в регионах
Российской Федерации, утвержденный Пре-
зидентом РФ 15.04.20 (№ р-665), и на поста-
новление Правительства РФ №834 от 06.06.20.
В апреле Президент РФ поручил выделить из
федерального бюджета средства на осущест-
вление доплат к заработной плате за особые
условия труда работникам здравоохранения,
деятельность которых непосредственно связа-
на с оказанием медицинской помощи больным
COVID-19 (выплата за выполнение особо важных
работ), в следующих размерах:

Категория работника	Размер выплаты, руб.
Стационары медицинских организаций	
Врачи	80 000
Средний медицинский персонал	50 000
Младший медицинский персонал	25 000
Организации и подразделения, оказывающие скорую медицинскую помощь	
Врачи	50 000
Средний медицинский персонал, младший медицинский персонал и водители автомобилей скорой помощи	25 000

Данные выплаты за выполнение особо важных работ являются единовременными и выплачиваются в полном размере независимо от количества отработанных смен (часов), в т.ч. за апрель (постановление Правительства РФ от 12.04.20 №484). Согласно разъяснениям Минздрава России, медицинские и иные работники, работающие неполное рабочее время, также имеют право на получение указанных выплат.

Следующая группа мер поддержки — страховые выплаты. В целях обеспечения государственных гарантий по ОМС работников медицинских организаций при исполнении ими трудовых обязанностей в условиях распространения COVID-19 предусмотрены дополнительные страховые гарантии в виде единовременной страховой выплаты (согласно Указу Президента РФ от 06.05.20 №313 «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников»).

Право на получение выплаты имеют врачи, средний и младший медицинский персонал, водители автомобилей скорой медицинской помощи, непосредственно работающие с пациентами, у которых подтверждено наличие COVID-19 или есть подозрение на COVID-19. Предусмотрены следующие страховые случаи и размеры выплат:

- смерть медицинского работника в результате инфицирования COVID-19 (2 752 452 руб.);
- развитие заболевания или осложнения от COVID-19, повлекших за собой временную нетрудоспособность, но не приведших к инвалидности (68 811 руб.);
- стойкая утрата трудоспособности (инвалидность), вызванная COVID-19 (от 2 064 339 руб. до 688 113 руб.)

Несмотря на неоднократное изменение и дополнение правил осуществления выплат медицинским и иным работникам здравоохранения за особые условия труда и дополнительную нагрузку, выполнение особо важных работ, по состоянию на 15 мая большинство работников не получили предусмотренные законодательством выплаты или получили их в меньшем размере (хотелось бы обратить внимание на Протокол совещания Президента РФ по вопросам реализации ранее принятых мер по поддержке экономики и социальной сферы, прошедшего 19 мая: <http://kremlin.ru/events/president/news/63369>). Кроме того, на сайте Государственных услуг запущен сервис по подаче жалоб на отсутствие стимулирующих выплат медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам в связи с распространением коронавирусной инфекции (см. в источнике <https://www.gosuslugi.ru/397566/1>).

На то, что предусмотренные законодательством гарантии не предоставляются медицинским работникам в полной мере, указывает недавнее заявление Профсоюза работников здравоохранения РФ о недопустимости нарушений трудовых прав работников сферы здравоохранения в сложившихся эпидемических условиях. Как отмечается в заявлении, неурегулированными остаются вопросы:

- стимулирования труда медицинских и иных работников учреждений, не профилированных для оказания медицинской помощи больным COVID-19, оказывающих медицинскую помощь лицам без установленного на момент обращения диагноза;
- предоставления работникам компенсационных мер, направленных на ослабление

негативного воздействия на их здоровье вредных и (или) опасных факторов производственной среды и трудового процесса, в т.ч. сокращенная продолжительность рабочего времени, ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск, повышенная оплата труда;

- определения категории граждан «из групп риска заражения COVID-19», при оказании медицинской помощи которым должны быть установлены стимулирующие выплаты в соответствии с ПП-415.



БУТЫРСКИЙ РАЙОН. В АПТЕКАХ ВСЕ ПРОСТО И БУДНИЧНО

Бутырский район — район в Северо-Восточном административном округе города Москвы, территория которого расположена к северу от Третьего транспортного кольца. Границы района проходят по трем участкам железных дорог — Октябрьской, Савеловской и Рижской, что нашло отражение в его гербовом знаке.

Эта местность известна с давних времен. В старину «бутырками» называли небольшие селения, отделенные от города лесом или полем, и вот таким селением, отделенным от Москвы широким полем, Бутырский хутор оставался вплоть до XVIII в. А первое упоминание о Бутырках относится к XIV в. — времени княжения Ивана Калиты.

В декабре 1704 г. в ожидании пленных шведов перед своим триумфальным въездом в Москву здесь некоторое время изволил пребывать император Петр I.

После окончания Отечественной войны 1812 г. эта территория превратилась в модную среди московской знати дачную местность, а к началу XX в. границы Москвы вплотную приблизились к Бутыркам, сюда подошла линия первого московского электрического трамвая, был построен Савеловский вокзал.

После Великой Отечественной войны 1941-45 гг. на территории Бутырского хутора началось массовое строительство жилых пятиэтажек в комплексе с объектами промышленности, торговли и культуры, возникли ул. Гончарова, Добролюбова, Руставели, Фонвизина, Яблочкова, Милашенкова.

Площадь Бутырского района составляет 504,4 га. Население — почти 71,5 тыс. человек.

Исследованы 26 аптечных предприятий:

ООО «Аптека-А.В.Е.»: АС «ГорЗдрав» — АП №2235 (ул. Милашенкова, д. 4, стр. 7), АП №2233 (ул. Бутырская, д. 2/18), АП №800 (ул. Руставели, д. 6, корп. 6), АП №323 (Огородный пр-д, д. 19), аптека №1301 (ул. Яблочкова, д. 37), АП №714 (ул. Яблочкова, д. 21), АП №1036 (ул. Яблочкова, д. 8);

АС «Здоров.ру»: ООО «АльфаФарм» — аптека (ул. Бутырская, д. 4, стр. 1, аптека (ул. Яблочкова, д. 21а);

АС «Планета здоровья»: аптека ООО «Аджента» (ул. Новодмитровская, д. 1, стр. 2), аптека ООО «Парацельс» (ул. Яблочкова, д. 21);

ООО «Нео-фарм»: АС «Аптеки «Столички» — АП №381 (ул. Руставели, д. 12/7кА) и АП №353 (ул. Яблочкова, д. 21, корп. 3);

ООО «Аптечная сеть 03»: аптека АС «Ригла» (ул. Новодмитровская, д. 2, корп. 2), аптека АС «Живика» (ул. Руставели, д. 15);

аптека ООО «МД-сервис» (ул. Большая Новодмитровская, д. 23, стр. 2), аптека АС «Мосаптека» ГК «Эркафарм» (ул. Милашенкова, д. 8), аптека ООО «Еврофарм» (ул. Бутырская, д. 866), аптека ООО «Свобода» (Огородный пр-д, д. 20, стр. 27), аптека ООО «Аптечная сеть Самсон-Фарма» (ул. Милашенкова, д. 1), аптека ООО «Ифарма» (ул. Милашенкова, д. 5, корп. 1), «Аптека №254 Симплекс» ОАО (ул. Милашенкова, д. 9а), аптека АС «Диалог» ООО «Диалог-столица» (ул. Яблочкова, д. 16);

АП ООО «Фармсервис» (ул. Яблочкова, д. 21в), АП №36 АС «Ваша №1» ООО «Аптека-риэлти» (ул. Яблочкова, д. 12), АП ООО «Лотос» (ул. Гончарова, д. 19).

В исследовании принял участие 201 человек, из них 60% — это местные жители (женщины составили 70%). Возрастные категории разделились так: представители группы от 55 и старше — 25%, среднего возраста — 50%, молодежи до 27 лет — 25%.

ФАКТОР УСПЕХА аптечных предприятий

МЕСТОРАСПОЛОЖЕНИЕ

Важно для 88 человек.

В районе имеются пять станций метрополитена («Савеловская», «Дмитровская», «Тимирязевская», «Бутырская», «Фонвизинская»), две станции монорельса («Тимирязевская» и «Улица Милашенкова»), две железнодорожные платформы (Тимирязевская, Останкино; также вплотную к району примыкают платформы Москва-Станколит и Дмитровская), один железнодорожный вокзал — Савеловский.

Основными транспортными магистралями являются ул. Бутырская, Руставели, Яблочкова, Милашенкова, Фонвизина, Добролюбова.

Значительную часть территории района занимает промзона Огородный проезд, в которой расположена большая часть из двухсот предприятий, организаций и учреждений, зарегистрированных в районе.

Наиболее выгодным можно назвать расположение аптек и аптечных пунктов у станций метро, внутри торговых центров, рядом с другими розничными предприятиями (универсамы, продуктовые магазины, предприятия сферы услуг и т.п.), то есть в зонах максимальной проходимости.

В южной части района функционируют лишь 2 аптеки вблизи Савеловского вокзала и ст. м. «Савеловская» («ГорЗдрав» и «Здоров.ру»), одна аптека «Еврофарм» у ст. м. «Дмитровская», а также аптека «МД-сервис» при входе в клинику «Мать и дитя»). Аптека АС «Планета здоровья» — у входа в бизнес-парк «Хлебозавод».

Центром притяжения предприятий аптечной розницы в северной части района (севернее окружной железной дороги) является транспортный узел у станции «Тимирязевская». Здесь в окрестностях работают аптечные предприятия сетей «Аптеки «Столички», «Планета здоровья», «Здоров.ру», «ГорЗдрав», «Ваша №1», «Диалог», а также ООО «Фортис» и «Фармсервис».

Большая часть аптечных предприятий Бутырского района занимает первые этажи жилых и административных зданий, рядом с остановками общественного транспорта, т.е. в местах, предполагающих высокую проходимость.

Небольшая по своим размерам аптека ООО «Свобода» занимает отдельное помещение на 1-м этаже административного здания рядом со стоматологической клиникой.

АП №2235 АС «ГорЗдрав» встречает своих посетителей на 1-м этаже гипермаркета «Матрица». Аптека АС «Мосаптека» — в здании торгового комплекса с универсамом «Перекресток». Аптека ООО «Фортис» находится в отдельном павильоне на 1-м этаже ТЦ «Молл Депо», в этом же центре функционирует и аптека АС «Здоров.ру».

Аптека расположена в ТЦ «Депо Молл». Аптека АС «Планета здоровья» на ул. Яблочкова расположена на пути к станции «Тимирязевская» рядом с универсамом «ВкусВилл», а АП ООО «Лотос» — в торце кирпичной пятиэтажки с универсамом «Пятерочка».

Аптека АС «Ригла» функционирует в жилом квартале «Савеловский Сити» и пока не может похвастаться большим числом постоянных посетителей.

Ирина, 40 лет, бухгалтер: *«Мне нравится аптека в гипермаркете «Матрица». Я живу в области и регулярно заезжаю сюда, чтобы сделать покупки. Часто захожу и в находящийся здесь пункт «ГорЗдрав». Хотя в нем нет ничего особенного, меня полностью устраивает и цена, и ассортимент, а главное — не надо далеко ходить в поисках лекарств. В крайнем случае, если потребовалось что-то более редкое или дорогостоящее, я делаю заказ в интернет-аптеке».*

АССОРТИМЕНТ

Важно для 28 человек.

Отношение респондентов к ассортименту напрямую связано с месторасположением аптеки. В наиболее оживленных местах — у метро и в торговых центрах, где среди посетителей преобладают люди, спешащие на работу или домой, больше ценится наличие препарата, нежели его цена. Задумываться о возможных аналогах или заменах люди вынуждены только тогда, когда сталкиваются с отсутствием нужного лекарства.

Пенсионеры относятся к данному вопросу более ответственно. Им хорошо знаком ассортимент местных аптек, и идут они в ту или иную аптеку практически наверняка. Больше времени на поиск различных препаратов и их аналогов уделяют молодежь и люди среднего возраста,

активно пользуясь интернет-сервисами по поиску и заказу препаратов.

Лучшим ассортиментом отличаются большие сетевые аптеки. В этом вопросе они лучше других демонстрируют комплексный подход к запросам клиентов и ориентируются на любого посетителя. В них представлен огромный перечень медикаментов, БАД, профессиональной и лечебной косметики, гомеопатических препаратов и других профилактических средств, средств гигиены, товары для мам и малышей и т.д. Это «Ригла», «Аптеки «Столичики», «ГорЗдрав», «Самсон-фарма», «Планета здоровья». В АП ООО «Фармсервис» можно полакомиться биомороженым.

Маленькие аптеки, как правило, свой ассортимент подстраивают под конкретные нужды постоянных посетителей. Дорогие препараты в них тоже есть, но в ограниченном количестве, и чаще всего такие лекарства поставляются в аптеку под заказ. Такую политику проводят в аптеках «Лотос», «Ифарма», «Диалог», «Симплекс».

«Аптека №254 Симплекс» — единственная производственная в районе, предлагает широкий выбор препаратов по индивидуальным прописям и рецептам, косметических средств, мазей.

В связи с пандемией нового коронавируса в каждой аптеке представлены антисептики и средства индивидуальной защиты, хотя в последнее время ажиотажный спрос на эти изделия пошел на убыль. Также можно сказать и про противовирусные средства, а также препараты против аллергии. Из парафармацевтики в весенне-летний период постоянным спросом пользуются средства от комариных укусов и клещей, защитные крема от солнечных ожогов, другая лечебная косметика и т.п.

ЦЕНЫ

Важны для 37 человек.

Конкуренция в аптечном ритейле продолжает нарастать. Особенно это проявляется в условиях недавно пережитого режима самоизоляции, когда поток посетителей резко упал, что соответственно вызвало серьезное снижение оборотов аптечных предприятий. Кроме того, в связи с трудностями в поставках некоторые

дистрибьюторы подняли цены на ряд препаратов.

Большинство аптечных сетей стремятся показать своим клиентам, что они придерживаются дифференцированной ценовой политики. В них есть как оригинальные импортные препараты, так и на выбор более дешевые отечественные аналоги или дженерики. Такой подход особенно оценили пенсионеры, ведь для них каждая копейка на счету. В последнее время много нареканий приходится слышать в адрес аптек «ГорЗдрав». Мало того, что цены в этой сети значительно выросли, так еще и дешевых отечественных препаратов в них почти не найдешь.

Чтобы стимулировать спрос большинство аптек, прежде всего сетевые, существенную долю своего ассортимента отводят препаратам и товарам для здоровья, реализуемым по специальным ценам производителя или дистрибьютора. Для таких товаров отведены специальные стеллажи и полки, они маркируются цветными ценниками.

В целом сетевые аптеки дороже, особенно работающие у станций метро и в местах высокой проходимости. Там, как правило, цены выше среднего. В этом отношении отличились почти все аптечные пункты «ГорЗдрава», а также «Ригла», «Мосаптека». Но бывают и исключения. Доступные цены зафиксированы в аптеках сетей «Аптеки «Столичики», «Планета здоровья», «Самсон-фарма», «Диалог», «Ваша №1», «Живика», а также в независимых аптеках «Фармсервис», «Симплекс», «Лотос».

Многие посетители, особенно молодого и среднего возраста, предпочитают оформлять покупку в режиме онлайн и непосредственно в аптеку приходят только для того, чтобы забрать заказ. Кстати, такая покупка, как правило, обходится дешевле, чем в аптеке. Руководители аптечных сетей активно пользуются этим, устанавливая для своих интернет-аптек специальные цены. Это относится ко всем аптечным сетям. Даже маленькие аптечные предприятия, например ООО «Ифарма», активно сотрудничают с сервисами поиска и доставки лекарств Anmeka.py, Cyneparnteka.py, LekMos и Aptekamos.ru

Табл.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЦЕНА НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Аптека	Цена на лекарственный препарат, руб.		
	Актовегин табл. 200 мг, №50 («Такеда ГмБХ», Германия)	Конкор табл. 2,5 мг, №30 («Мерк КГаА», Россия)	Афобазол табл. 10 мг, №60 («Фармстандарт- Лексредства», Россия)
Аптека АС «Здоров.ру» (ул. Яблочкова, д. 21а)	1481-00	146-00	369-00
Аптека АС «Планета здоровья» (ул. Новодмитровская, д. 1, стр. 2)	1459-00	139-00	508-00
АП ООО «Фармсервис»	1490-00	169-00	477-00
Аптека ООО «Аптечная сеть Самсон-Фарма»	1532-00	145-00	371-00
АП №36 АС «Ваша №1»	1560-00	147-00	382-00
АП №381 АС «Аптеки «Столичики»	1560-00	158-00	430-00
АП №353 АС «Аптеки «Столичики»	1640-00	158-00	355-00
Аптека АС «Живика»	1577-00	158-00	429-00
Аптека АС «Диалог»	1600-00	170-00	389-00
Аптека АС «Здоров.ру» (Бутырская ул., д. 4, стр. 1)	1621-00	157-00	402-00
АП ООО «Лотос»	1693-00	167-00	439-00
АП №800 АС «ГорЗдрав»	1724-00	171-00	397-00
АП №714 АС «ГорЗдрав»	1732-00	170-00	397-00
Аптека ООО «МД-сервис»	1878-00	171-00	555-00
Аптека ООО «Ифарма»	1897-00	170-00	549-00
Аптека АС «Мосаптека»	1954-00	163-00	576-00
АП №1036 АС «ГорЗдрав»	2062-00	187-00	397-00
АП №323 АС «ГорЗдрав»	–	171-00	397-00
Аптека ООО «Еврофарм»	–	169-00	372-00
Аптека ООО «Свобода»	–	187-00	495-00
«Аптека №254 Симплекс»	–	170-00	390-00

СКИДКИ

Важны для 9 человек.

Скидки по СКМ предоставляются почти во всех аптеках, кроме «Аптеки «Столичики» и «Планета здоровья». Скидка по ним составляет от 1% (в «ГорЗдравах») до 10% («Аптека №254 Симплекс»). В «Самсон-фарме» скидка по СКМ (2,5%) предоставляется только вместе с картой лояльности.

Во всех аптечных сетях давно и успешно действуют собственные дисконтные

и бонусные программы, подразумевающие начисление баллов на карту постоянного покупателя за каждую покупку. Это касается АС «ГорЗдрав», «Аптеки «Столичики», «Живика», «Ригла», «Здоров.ру», «Самсон-фарма», «Планета здоровья» и др. Помимо возможности потратить накопленные бонусы, карты этих сетей дают возможность приобретать акционный товар со значительной (до 30%) скидкой.

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ РАБОТНИКОВ АПТЕКИ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

Важны для 19 человек.

В который раз приходится констатировать, что количество предоставляемых дополнительных услуг в аптеках сокращается. Лишь в двух аптеках посетители могут бесплатно измерить давление («Фармсервис», «Еврофарм»). Зато почти все аптеки предоставляют услуги по резервированию редких и дорогостоящих лекарств. Даже такая популярная в других районах услуга, как консультирование по лечебной косметике или ортопедии, здесь не предлагается. В аптеке АС «Живика» функционирует отдел оптики, что как дополнительный плюс отмечают посетители.

Во многих аптеках неотъемлемой частью торгового зала стали инфоматы («Здоров.ру», «Самсон-фарма», «Аптеки «Столички»), терминалы электронной очереди («Аптеки «Столички», «Самсон-фарма», «Здоров.ру»), банкоматы и платежные терминалы («ГорЗдрав»), плазменные панели и другое вспомогательное оборудование.

К профессионализму фармацевтов в целом претензий у посетителей не возникало. Много хороших отзывов можно было услышать о профессиональных консультациях фармацевта в аптеке «Симплекс», а также его коллег в аптеках «Свобода» и «Ифарма».

Маргарита Сергеевна, 70 лет: *«Проходя мимо, зашла в аптеку «Свобода», чтобы попросить недорогие салфетки, необходимые для проведения процедур. Готова была даже купить без упаковки, потому что знаю, что импортные салфетки в красивой коробке ничем не лучше, но гораздо дороже наших. Спасибо фармацевту, милой девушке! Она долго искала, но нашла то, что мне было нужно. Рада, что с таким вниманием отнеслась к моей просьбе! Теперь всегда буду ходить именно сюда».*

Иван, 29 лет, программист: *«Я привык покупать лекарства в аптеках «ГорЗдрав». Но мне почему-то постоянно предлагают купить что-то сверх того, что мне реально необходимо*

— то гематоген, то защитный крем от солнца... Поначалу было забавно, но со временем эти предложения стали досажать настолько, что порой хотелось рывкнуть в ответ. Однако пытаюсь сдерживаться, ведь, фармацевт лишь следует должностным инструкциям».

ИНТЕРЬЕР

Важен для 5 человек.

Помещения аптек района Бутырский не вызвали никаких эмоций у посетителей в части оригинальности оформления интерьера, включая внешние витрины и заполнение торгового зала. Конечно, везде чисто и опрятно, но вместе с тем очень буднично и ординарно: полки, стеллажи, кассовый аппарат и все. Никаких уголков отдыха, зеленых насаждений, которые радуют глаз, в аптеках района нет.

Несмотря на снятие ограничений в связи с пандемией, в торговых залах сохраняется разметка для посетителей, обязательно ношение масок и соблюдение дистанции, хотя покупателей в аптеках по-прежнему мало. В некоторых аптеках можно бесплатно воспользоваться антисептиком для рук.

ГРАФИК РАБОТЫ

Важен для 15 человек.

На территории района Бутырский действуют всего две дежурные аптеки с круглосуточным графиком работы: «Фармсервис» и «Планета здоровья» – обе рядом со ст. м. «Тимирязевская». Остальные функционируют с раннего утра до позднего вечера. До 23 час. открыты двери аптек АС «ГорЗдрав» возле ст. м. «Савеловская», аптечные предприятия АС «Здоров.ру» — возле ст. м. «Савеловская») и «Мосаптека». Никаких изменений в графике работы в период режима ограничений в аптеках района не было.

Татьяна, менеджер, 37 лет: *«Я вообще не обращаю внимания на график работы аптеки. В основном захожу туда днем, а в это время суток она всегда открыта. Конечно, у людей зачастую возникают непредвиденные ситуации, но я, к счастью, с ними пока не столкнулась!».*

РЕЙТИНГ ФАКТОРОВ УСПЕХА

Место	Фактор успеха	Кол-во набранных голосов
1.	Месторасположение	88
2.	Цена	37
3.	Ассортимент	28
4.	Профессионализм, доброжелательность работников аптеки, дополнительные услуги	19
5.	График работы	15
6.	Скидки	9
7.	Интерьер	5

РЕЙТИНГ ПОПУЛЯРНОСТИ
аптечных предприятий**Аптека ООО «МД-сервис»** **3**

Небольшой аптечный киоск установлен при входе в клинику «Мать и дитя». В ассортименте хорошо представлены товары для мам и малышей, лекарственные препараты и товары для здоровья. Однако цены чуть выше среднего по району. Среди покупателей в основном пациенты клиники.

Аптека «Ригла» **3**

Аптека функционирует в жилом квартале «Савеловский Сити», расположившись на 1-м этаже многоэтажной новостройки. Проходимость невысока, в основном, в аптеку заходят местные жители. Сказывается и удаленность от станции метро, и цены на ЛП выше среднего по району.

АП №610 АС «ГорЗдрав» **7**

Жителям дома №16 на Стромынке повезло — рядом соседствуют точки сразу двух крупных аптечных сетей. В этом аптечном пункте есть на что посмотреть, ассортимент предлагается разнообразный. Для ознакомления с ним размещена информационная панель. Отпуск ведется на 2 кассах, фармацевты работают быстро, слажено — очередей нет. У входа наличествует банкомат Московского кредитного банка.

АП № 2233 «ГорЗдрав» **4**

Аптечный пункт находится рядом с Савеловским вокзалом, удачно расположившись

напротив выхода из ст. м. «Савеловская». Отпуск ведется через 2 окна. Ассортимент представлен разнообразный, но цены высоки. Видно прошли те времена, когда в аптеках этой сети было все и по доступным ценам. Скидка по СКМ — всего 1%.

Аптека «Планета здоровья»
(Новодмитровская ул., д. 1, стр. 2) **5**

Аптека занимает небольшое помещение у входа на территорию «Хлебозавода». Изюминкой данной аптеки можно назвать необычную выкладку некоторых товаров для здорового питания, косметических средств, которые размещены в небольших плетеных корзинках. Посетителям это нравится, как, впрочем и разнообразие ассортимента в целом и умеренные цены.

Аптека ООО «Еврофарм» **6**

Судя по наименованию, сеть аптек «Еврофарм» придерживается европейских стандартов обслуживания. Она расположена на первом этаже жилого дома вблизи ст. м. «Дмитровская». Посетителей обслуживает 1 фармацевт через закрытый прилавок. Желающие могут бесплатно измерить артериальное давление.

Аптека АС «Живика» **6**

Эта небольшая по своей площади аптека расположена на 1-м этаже жилого дома — вход со стороны проезжей части; в соседях — кофейня и магазин одежды. Посетителей обслуживают через 2 окна, работает отдел оптики.

АП №381 АС «Аптеки «Столички» 6

Расположена в торце кирпичного 5-этажного дома со стороны ул. Руставели. Помещение торгового зала небольшое, для отпуска предусмотрено 2 окна. Респонденты, в основном из числа местных жителей, отмечали хороший выбор препаратов и низкие цены.

АП №800 АС «ГорЗдрав» 6

Небольшой аптечный пункт расположен в торговой пристройке к жилому дому. Посетителей обслуживают через 2 окна. Скидки по картам лояльности «ГорЗдрав» и СКМ — минимальны. В торговом зале установлен платежный терминал.

АП №323 АС «ГорЗдрав» 6

Аптечный пункт расположен на 1-м этаже жилого дома — вход под козырьком со стороны проезжей части. В числе постоянных посетителей — местные жители и работники близлежащих предприятий. Проходимость невысокая, возможно, сказывается летний сезон. При закрытой форме торговли отпуск ведется через 2 окна. В ассортименте только самые ходовые лекарственные препараты и медизделия, немного парафармацевтики.

Аптека ООО «Свобода» 7

Небольшая аптека расположилась в отдельном помещении на 1-м этаже административного здания рядом со стоматологической клиникой. Отпуск ведет 1 фармацевт за открытым прилавком. В ассортименте представлены лекарства, лечебные травы, перевязочные материалы и средства по уходу за больными, витамины, БАДы, медицинская техника. В выходные дни предоставляется скидка владельцам СКМ в размере 5%.

АП №2235 АС «ГорЗдрав» 7

Аптека находится на 1-м этаже гипермаркета «Матрица». Форма торговли закрытая, посетителей обслуживают через открытый прилавок. Ничего необычного в аптеке не замечено. Просто один из «ГорЗдравов».

Аптека АС «Мосаптека» 7

Аптека занимает отдельное помещение в здании торгового комплекса с универсамом «Перекресток». Обслуживает посетителей 1 фармацевт через закрытое окно. Посетители отмечают отличный ассортимент лекарств и товаров для

здоровья, однако многие жалуются на высокие цены и небольшой товарный запас.

Аптека №1301 АС «ГорЗдрав» 8

Небольшая аптека расположена в пристройке в жилом доме, в ряду других предприятий розницы. Среди посетителей в основном местные жители, которые отмечают удобство ее месторасположения. А вот ассортимент вызывает некоторые нарекания: в продаже часто не бывает недорогих отечественных аналогов дорогостоящих импортных препаратов. Да и низкими ценами в последние годы, аптека не радует. Скидка по СКМ составляет символический 1%.

АП №714 АС «ГорЗдрав» 8

Аптечный пункт расположен в пристройке к жилому дому, имея отдельный вход в торговый зал. При закрытой форме торговли отпуск ведется на 2 кассах. Ассортимент и цены — вполне типичные для остальных точек сети. Постоянные посетителей — из числа местных жителей.

АП №1036 АС «ГорЗдрав» 8

Аптечный пункт расположен на 1-м этаже жилой пятиэтажки — в интерьере торгового зала никаких изысков, все буднично и просто. Ассортимент построен на самых ходовых и востребованных препаратах и товарах для здоровья. Цены устраивают большинство посетителей из числа местных жителей, владельцам карты сети начисляются бонусы.

Аптека АС «Диалог» 8

Аптека занимает двухкомнатное помещение на 1-м этаже высотной новостройки. Отпуск ведется на 2 кассах. Многие местные жители отмечают хороший ассортимент и умеренные цены. Кроме того, сюда часто приезжают за препаратами люди из других районов города и даже из области, предварительно сделав заказ.

Аптека ООО «Ифарма» 8

Аптека расположена на 1-м этаже многоэтажного жилого дома, занимая небольшое помещение со стороны двора. Место непроходное, поэтому и посетителей здесь немного. Но на ассортимент никто не жалуется, в продаже всегда есть необходимые препараты. И еще респонденты отмечали квалификацию фармацевта — большинству он нравится.

Аптека ООО «Фортис» 9

Аптека находится в отдельном павильоне на 1-м этаже ТЦ «Молл Депо» вблизи ст. м. «Тимирязевская». В торговом зале установлены открытые стеллажи и полки. Рецептурные препараты отпускаются через фармацевтов, которые ведут отпуск на открытой кассе. Ассортимент радует большинство посетителей, а вот цены, увы, не всех. Есть возможно предзаказа лекарств.

АП ООО «Фармсервис» 10

Аптечный пункт расположен вблизи ст. м. «Тимирязевская» и его главное преимущество в том, что работает круглосуточно. Помещение торгового зала небольшое, посетителей обслуживают через 2 окна. Желаящие могут бесплатно измерить давление, а детям купить биомороженое.

АП №353 «Аптеки «Столички» 10

Аптечный пункт занимает просторное помещение с отдельным входом на 1-м этаже административного здания возле ст. «Тимирязевская». Форма торговли закрытая, для обслуживания посетителей предусмотрено 3 окна, однако временно работает только одно. Предприятие пользуется популярностью благодаря широкому выбору препаратов и лечебной косметики и низким ценам.

АП АС «Ваша №1» 10

Вход в аптечный пункт расположен с торца жилой пятиэтажки. Помещение под торговый зал выбрано небольшое; при 2 окнах отпуска, работает пока одно. Фармацевт все успевает, люди в очередь не собираются. Ассортимент хороший, скидка по СКМ составляет 3%.

АП ООО «Лотос» 10

Небольшой аптечный пункт расположен в торце кирпичной пятиэтажки с универсамом «Пятерочка». Форма торговли закрытая, посетителей обслуживают через закрытое окно. В ассортименте наиболее ходовые препараты и товары для здоровья. Пенсионерам предоставляется скидка по СКМ в размере 3–5%.

**Аптека АС «Планета здоровья»
(ул. Яблочкова, д. 21) 11**

Аптека расположена на пути к станции «Тимирязевская» рядом с универсамом «Вкус-Вилл». Помещение небольшое, посетителей обслуживает 1 фармацевт через открытый прилавок. В торговом зале установлены открытые

стеллажи с товарами для здоровья и гигиены. Помимо лекарств, в ассортименте большой выбор лечебной косметики, витаминов, средств по уходу. Скидки предоставляются по картам лояльности «Планета здоровья».

**Аптека АС «Здоров.ру»
(ул. Яблочкова, д. 21а) 11**

Аптека расположена в ТЦ «Депо Молл» возле ст. м. «Тимирязевская». Посетителей в аптеке обслуживают через 5 окон посредством электронной очереди, благодаря чему удается поддерживать порядок при большом наплыве покупателей.

«Аптека №254 Симплекс» 11

Аптека работает неподалеку от ст. м. «Фонвизинская» еще со середины 1960-х годов. Местные жители отлично ее знают. В ассортименте широкий выбор лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения. Кроме того здесь функционирует производственный отдел, который предлагает посетителям косметические средства и лекарства по индивидуальным прописям и рецептам. Ежедневно с 9 до 12 час. предоставляется скидка пенсионерам — 5% и 10% — инвалидам.

**Аптека ООО «Аптечная сеть
Самсон-Фарма» 10**

Аптека расположена в помещении на 1-м этаже жилой новостройки рядом со ст. м. «Фонвизинская». Радует, что вход оборудован пандусом. Для отпуск оборудованы 3 кассы, однако работает пока только одна. Почти все посетители отмечают отличный выбор лекарственных препаратов, как оригинальных, так и дженериков, а также вполне доступные цены на них. При покупке еще предоставляют скидку по карте сети.

**Аптека АС «Здоров.ру»
(ул. Бутырская, д. 4, стр. 1) 11**

Аптека занимает небольшое помещение рядом с входом на ст. м. «Савеловская»; попасть в нее можно как со стороны улицы, так и со стороны небольшого продуктового магазина. Несмотря на небольшую площадь торгового зала, отпуск ведется через 5 окон, обслуживанию помогает электронная очередь. В торговом зале также установлен информационный терминал, где можно узнать наличие препаратов и их стоимость.



Герман ВАНДЫШЕВ: «ЧАСТНЫЙ БИЗНЕС АКТИВНО УНИЧТОЖАЕТСЯ»

Не так часто можно встретить крепкие фармацевтические династии, передающие добрые традиции из поколения в поколение. И репутация для них — не пустой звук. Тем не менее путь этих династий на фармацевтическом рынке, и конкретно в рознице, легким не назовешь.

О работе такого аптечного предприятия, его радостях и успехах, проблемах и невзгодах, МА рассказал **Герман Вандышев**, руководитель коммерческой службы московской аптеки «Симплекс», расположенной по адресу: ул. Милашенкова, д. 9а.

Герман, как давно работает аптека?

Аптека ведет свою историю еще с советских времен — с 1966 г. А в 1999 г. она стала частной. Расположена аптека очень удачно — это обособленное здание, которое хорошо видно с проезжей части дороги, в проходимом месте на соединении двух улиц недалеко от ст. метро «Фонвизинская».

Мы предлагаем посетителям не только готовые лекарственные формы и изделия медицинского назначения, но и производство косметических средств и лекарств по индивидуальным прописям и рецептам. И если во времена СССР производственные аптеки не были редкостью, то сейчас на всю Россию их осталось менее 100.

Насколько, на Ваш взгляд, необходим производственный отдел, при нынешнем-то широком выборе готовых лекарственных форм?

Заводы могут предложить потребителю не все лекарственные формы. Например, сильнодействующие лекарства в виде порошка, которые необходимы детям с определенными заболеваниями. Помимо того, существует много лекарственных форм, эффективность которых доказана десятилетиями еще со времен СССР. И эти препараты до сих пор не имеют заводских аналогов.

Также существует ряд заболеваний, которые требуют индивидуального подхода. И зачастую этот подход как раз и заключается в изготовлении лекарств по индивидуальной врачебной прописи.

Мы решаем довольно серьезные проблемы пациентов. У нас можно приобрести все, начиная от сложных капель в нос и раствора протаргола и заканчивая мазями. В нашей аптеке можно приобрести много редких продуктов, например, средство против меланомы. Этот препарат заказывают клиенты со всей России. Средства от геморроя также являются уникальными. Еще в аптеке есть небольшая, но довольно действенная линейка лечебной косметики. И с такой скрупулезной и важной работой может справиться только квалифицированный провизор.

Познакомьте с коллективом аптеки.

На данный момент у нас трудятся три провизора высшей категории и четыре фармацевта. У нас есть сотрудники, которые трудятся в аптеке более 20 лет. Это провизоры с огромным стажем и опытом работы, и мы гордимся тем, что на протяжении такого длительного периода они остаются с нами.

Наша аптека — семейная. Мне лично близка династическая традиция бизнеса. Я — аптекар в четвертом поколении, сначала учился на маркетолога в Тимирязевской академии, а сейчас получаю фармацевтическое образование. Еще моя бабушка работала в этой аптеке, а отец **Вандышев Александр** — выпускник Первого МГМУ им. И.М. Сеченова — стал ее управляющим.

Каких критериев придерживаетесь при приеме на работу провизора/фармацевта?

При приеме на работу мы обязательно учитываем образование, опыт работы, компетенции

и навыки специалиста. У нас работают профессионалы широкого профиля. В первую очередь, специалист должен быть не просто квалифицированным, он должен иметь множество компетенций и навыков, связанных в т.ч. и с производством лекарств. Мы безукоризненно соблюдаем все необходимые требования и формальности, которые касаются квалификации наших сотрудников, по мере необходимости посещаем тренинги и семинары.

Сейчас часто обсуждается профессионализм аптечных работников и нехватка знаний у молодых фармацевтов. Что Вы об этом думаете?

Знания приходят с опытом. Молодые специалисты могут привнести что-то новое, но все фундаментальные знания они получают только на практике под руководством опытных провизоров. Тем не менее мы никогда не боялись привлекать к работе молодых специалистов, и многие из них уже не первый год успешно трудятся в нашей аптеке.

Кто являются вашими постоянными клиентами? Часто ли обращаются за консультацией?

Как я уже отмечал, наши клиенты приезжают в аптеку не только из Москвы, но и из других уголков России. И поскольку многие заболевания не лечатся за один раз, многие из них возвращаются к нам вновь и вновь. Мы готовим множество растворов, которые необходимо принимать регулярно.

В системе CRM у нас зафиксировано более 60 тыс. клиентов, которые обращаются в наш производственный отдел. Когда люди нам

звонят, мы сразу можем проследить историю их заказов, увидеть хронологию заболевания и выявить потребности.

Безусловно, к нам часто обращаются за консультацией, и в этом вопросе наши специалисты руководствуются исключительно профессиональной этикой. Они могут дать совет, который носит рекомендательный характер. Так как подбором лекарств должен заниматься врач.

Как относитесь к набирающему обороты самолечению?

Конечно, отрицательно. Любой аптекарь вам скажет так же. Наши первостольники могут помочь подобрать препарат, дать рекомендации по применению. В аптеке практикуется индивидуальное обслуживание клиентов, сотрудники каждому стараются помочь. Но важно понимать, что рекомендация в выборе мозольного пластыря или препарата для пациента с хроническими заболеваниями, это две совершенно разные рекомендации. Если первая допустима, то во втором случае брать на себя ответственность специалист не имеет права.

Как выдерживаете конкуренцию с аптеками, которые находятся рядом?

Думаю, что все-таки одно из наших основных преимуществ — это наш производственный отдел. По моему мнению, этим и обусловлена необходимость наличия и поддержки традиционного аптечного дела. Ведь обычной аптекой уже никого не удивишь. Мы прошли 2000-е гг., когда на каждом шагу открывались аптечные ларьки. А сейчас все заполняют сети, вытесняя частные аптеки.

Наше основное правило — индивидуальный подход к клиенту. Мы стараемся сделать так, чтобы людям было у нас комфортно, чтобы заказ препарата не становился проблемой. У нас есть свой сайт aptekasimplex.ru, который недавно был обновлен. С помощью него люди находят нас, могут ознакомиться с историей аптеки, ассортиментом. Мы используем любые современные методы, не противоречащие законодательству. Например, для удобства клиентов мы создали на сайте электронную приемную рецептов, что как дополнительный плюс отмечают многие посетители.



Существуют ли у вас дисконт-программы?

У нас практикуется индивидуальный заказ для постоянных клиентов. Это специальные цены, скидочные программы по предзаказу, что особенно актуально для пациентов с хроническими заболеваниями.

Постоянным клиентам предоставляется скидка. С 9:00 до 12:00 пенсионеры и инвалиды могут получить скидку в размере 5–10%. Мы работаем напрямую с поставщиками на протяжении многих лет, поэтому цены в нашей аптеке более лояльны.

Что-то изменилось в работе аптеки во время недавнего карантина?

Во время карантина среднее количество чеков за день было равно количеству, которое раньше фиксировалось приблизительно до 13:00. Это было тяжелое время, т.к., несмотря на небольшую выручку, все обязанности по оплате труда работников, налогам никуда не делись, а выжить оказалось сложно. Сейчас ситуация постепенно нормализуется.

Вы готовы к обязательной маркировке?

К маркировке мы готовы, но мое отношение к ней отрицательное. Я думаю, что проблема, которую пытаются решить, таким путем решена не будет, а маркировка только усложнит жизнь аптек. На данный момент это расходы на подготовку, затраты трудового времени персонала. Регистрация во всех программах, получение необходимых анкет, договоров и разрешений занимает много времени.

В том числе минусом является усложнение процесса для потребителя. После введения маркировки для того, чтобы приобрести препарат, его нужно будет дополнительно считать

сканером. То есть провизору нужно будет сделать намного больше действий. По моему мнению, это несовершенный и ненужный процесс, имеющий много недочетов. Возникнут сложности с препаратами, которые продаются не упаковками, а конвалютами. Например, человеку нужно купить 100 конвалют активированного угля. И каждую конвалюту придется сканировать. Причем как при получении ее от поставщика, так и при реализации клиенту.

Маркировка — это новые программы, новое программное обеспечение, новые устройства. Все это очень большие расходы для аптеки. А для аптек, которые пытаются сводить концы с концами и выжить в конкурентной борьбе с сетями, это лишние траты.

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

Думаю, спрос формируется равнозначно в зависимости от ситуации. Например, если говорить о ситуации с коронавирусом, как только в СМИ появлялась информация, что какое-то лекарство помогает в лечении, спрос на него возрастал.

По моему мнению, когда человек приходит в аптеку, в вопросе консультации нужно руководствоваться как профессиональной, так и человеческой этикой. Мы не вправе навязывать покупку. Но чисто по-человечески можем предложить более действенные аналоги, дать информацию и предоставить выбор.

Как Вы смотрите на то, что, возможно, определенная часть аптечного ассортимента может перейти в торговый ритейл?

Отношусь отрицательно. Не весь американский опыт хорош. Каждый должен заниматься своим делом. Отпуском препаратов должны заниматься специалисты. Потребитель не должен иметь прямой доступ к лекарствам, потому что в большинстве случаев специалист все-таки предостережет от ошибок, которые повредят его здоровью.

Сейчас многие предпочитают делать заказ на аптечный ассортимент в интернете. Как Вы к этому относитесь?

Думаю, будет интересно отметить, что в 2000-х именно в стенах нашей аптеки зарождалась



нынешняя Аптека.ру, а мой отец является одним из первооткрывателей интернет-аптек России. Тогда все это было в новинку, а наша аптека полностью обслуживала проект. Аптека.ру и Аптека «Симплекс» было одним целым. Но несколько лет назад наше «детище» было продано. И можно сказать, что все-таки на сегодняшний день опыт интернет-торговли еще не доведен до совершенства.

Вот теперь уже разрешена и дистанционная торговля, доставка лекарств населению. Что Вы об этом думаете?

По моему мнению, доставка препаратов на дом нужна. Но сейчас доставку могут осуществлять только сети, имеющие более 10 точек. Учитывая тот факт, что ритм нашей жизни весьма интенсивный, зачастую доставка препаратов — это очень важный критерий при выборе аптеки клиентом.

Но важно понимать разницу между доставкой лекарств из аптеки, где работают специалисты с соблюдением всех норм и правил, и дистанционной торговлей лекарствами со складов и т.п., что, по моему мнению, является недопустимым.

Что нужно аптеке для того, чтобы быть успешной?

Развитию частной аптеки может помочь только сокращение «самодеятельности, инициативности» и самоуправства надзорных и регулирующих органов. Частный аптечный бизнес активно уничтожается не только со стороны больших сетевых компаний с огромными оборотами, но и со стороны государственных органов.

В 2019 г. наша аптека столкнулась с произволом и беззаконием территориального органа Росздравнадзора и после попытки призвать сотрудников к соблюдению российского закона на нас обрушился весь имеющийся в распоряжении местных контролеров опыт преследования несогласных с политикой. Была предпринята попытка остановить деятельность аптеки, мы были оштрафованы на сумму от 100 тыс. до 1 млн руб. В аптеку приехали проверяющие из Росздравнадзора, которые вели себя крайне вызывающе. В принципе проверять нашу организацию они не имели права, т.к. аптеке задним числом был присвоен класс опасности, которого не существует.

Наш управляющий написал письмо руководителю Росздравнадзора о том, что просит исключить аптеку из плана проверки. Хочу заметить, что план проверки предприятий на год утверждается заранее, и в этот план нас включили незаконно. Но на следующую проверку, которая прошла через две недели, на штат из пяти работающих вместо двух проверяющих приехало семь (хотя количество проверяющих утверждается заранее). Работа аптеки была парализована.

Большая часть проверяющих была крайне непрофессиональна и предвзята, а в самой процедуре проверки мы зафиксировали различные нарушения. Помимо этого, на сумму 100 тыс. руб. был оштрафован управляющий. Претензия состояла в том, что он не имеет права осуществлять свою деятельность без наличия диплома о высшем образовании. Предоставление диплома Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, многочисленных сертификатов о повышении квалификации не имело никакого значения. Хочу еще раз отметить, что мой отец не просто провизор в третьем поколении. Своим делом он занимается более 25 лет.

В итоге проверки наше аптечное предприятие было оштрафовано на сумму 1 млн руб. Мы считаем, что целью проверки было уничтожение нашей организации. В огромных количествах у нас было изъято сырье, заготовки, несмотря на то что мы все закупает у проверенных поставщиков и наше производство полностью соответствует необходимым правилам и нормам, начиная от приема заказа у пациента и заканчивая отпуском готового лекарства.

На данный момент мы все еще пытаемся доказать свою правоту и защищаем свои права



в судах (более 10 исков и более 40 заседаний). В дальнейшем будем возбуждать дела против контролеров по УК. По моему мнению, в закрытии частных аптек заинтересованы как сети, так и государственные органы. Для нас нет защиты. Но мы пытаемся защитить себя сами и делаем это в суде.

К сожалению, малый частный бизнес уничтожается. И это притом, что мы занимаемся далеко не легким делом. Если говорить о малом предпринимательстве, есть десятки сфер, которые считаются более выгодными и прибыльными и не требуют такого ответственного отношения.

Остается только пожелать Вам добиться справедливости. Но, несмотря на сложившуюся ситуацию, в будущее смотрите с оптимизмом?

Да, несмотря ни на что, мы продолжаем заниматься традиционным аптечным делом, которое требует высочайшего профессионализма и строгого соблюдения инструкций. Мы понимаем, что от нас зависит здоровье людей, и не можем позволить себе идти на сделки с совестью из-за халатности. Поэтому я надеюсь, что мы все-таки станем победителями в этой нелегкой борьбе.

Елена ПИГАРЕВА



КАК COVID-19 ПОВЛИЯЛ НА АККРЕДИТАЦИЮ ФАРМРАБОТНИКОВ

В 2021 г. состоится переход на всеобщую аккредитацию специалистов.

Каковы нормативно-правовые обоснования квалификационных требований к фармработникам и допуска к осуществлению фармацевтической деятельности?

Каковы обязанности работодателя применять профессиональные стандарты при разработке ФДИ? Что делать, если вы не набрали необходимое количество баллов?

Консультирует **Елена Неволлина**, исполнительный директор некоммерческого партнерства «Аптечная гильдия», исполнительный директор Союза «Национальная Фармацевтическая Палата».



В 2021 г. начнет действовать новая система непрерывного медицинского и фармацевтического образования (НМиФО) для всех сотрудников. Как теперь осуществляется процесс получения допуска к фармацевтической деятельности? Каким образом будет

работать система непрерывного фармобразования? Как коронавирусная инфекция повлияла на процесс получения допуска к профессиональной деятельности?

Вспомним регуляторные требования, определяющие допуск к профессиональной деятельности. И начнем с Федерального закона от

21.11.11 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — ФЗ-323). Определение фармацевтического работника дается в ст. 2, п. 14. Фармацевтические работники — это лица, осуществляющие оптовую и розничную фармдеятельность. Все остальные виды деятельности (производство, работа в контролирующих органах, в контрольно-аналитических лабораториях и др.) под определение фармацевтической деятельности не подходят. Поэтому те лица, которые даже имеют фармобразование и работают в фарморганизациях, не являются фармработниками.

Также в ФЗ-323 определено, за чей счет фармработники повышают свою квалификацию, проходят переподготовку. В ст. 72, п. 14 назначены ответственные за прохождение переподготовки работодатели. К сожалению, сегодня работодатели не защищены от ухода работника, чье повышение квалификации они оплатили.

Допуск к фармдеятельности отражен в ст. 69, где усугублены требования к образованию. Это не просто фармобразование, а полученное в соответствии с федеральными государственными

образовательными стандартами, утверждаемыми в порядке, установленном законодательством РФ. Таким образом, наш специалист должен закончить образовательную организацию, у которой есть аккредитация по специальности «фармация». Когда у нас получают специальность младшего фармацевта через переподготовку в течение 72 час., это не считается фармобразованием, полученным в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом. Эти лица не будут рассматриваться как фармработники. Эта же статья (п. 7) устанавливает, что лица, незаконно занимающиеся медицинской и фармдеятельностью, несут уголовную ответственность, установленную законодательством РФ. Надо сказать, что пока такие санкции ни к одному работнику не применялись.

В соответствии с Ф3-323 Минздраву дано право утверждать номенклатуру в сфере охраны здоровья, в т.ч. должностей мед/фармработников, специальностей специалистов, имеющих мед/фармобразование; проводить аккредитацию специалистов; проводить аттестацию специалистов на категорию.

Еще есть постановление Правительства РФ от 22.12.11 №1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности», которое утверждает требования к квалификации работников, занятых фармацевтической деятельностью, и их невыполнение является грубым нарушением и влечет за собой ответственность, установленную законодательством РФ. В этом же постановлении установлены требования к руководителям и индивидуальным предпринимателям, которые осуществляют фармдеятельность. Это наличие высшего фармобразования и стажа работы по специальности не менее 3 лет, либо среднего фармобразования и стажа работы по специальности не менее 5 лет, а также сертификата специалиста.

В этом постановлении установлены требования к сотрудникам фарморганизаций. Это должны быть сотрудники, работающие на постоянной основе, с трудовым договором, с высшим или средним фармобразованием и сертификатом специалиста. Есть и требование о повышении квалификации специалиста с фарм- или ветеринарным образованием не реже одного раза в 5 лет. Чаше можно.

Часто возникает вопрос, насколько важны профессиональные стандарты и нужно ли их применять в нашей деятельности?

Статья 195.3 Трудового кодекса РФ устанавливает требования, что если федеральными законами или иными нормативными документами РФ установлены требования к квалификации, то для выполнения этих функций применение профессиональных стандартов обязательно. Эта статья начала действовать с 1 января 2017 г. С этого времени применение профессиональных стандартов обязательно. При разработке функциональных должностных инструкций мы можем включать любую трудовую функцию, которая приведена в профессиональных стандартах, но выходить за рамки этих стандартов мы не можем. Можно в инструкциях указать меньше функций, но не больше.

Кроме того, Министерство здравоохранения РФ на законодательном уровне наделено полномочиями утверждать номенклатуру должностей. Поэтому когда мы формируем штатное расписание фарморганизации, необходимо руководствоваться требованиями Минздрава. Они изложены в приказе Минздрава от 20.12.12 №1183н. Это провизор, провизор-технолог, провизор-аналитик, провизор-стажер (это специалист, имеющий перерыв в работе более 5 лет), старший провизор (имеет стаж работы не менее 5 лет по специальности и при условии, если специалист осуществляет руководство находящимися в его подчинении исполнителями). Должность «старший провизор» в медицинской организации тоже должна соответствовать этой номенклатуре. Если у человека нет в подчинении исполнителей, то должность так называться не может.

В этом же приказе установлена номенклатура должностей для лиц со средним фармобразованием. Это младший фармацевт (квалификационные требования не установлены), старший фармацевт и фармацевт. Профессиональный стандарт фармацевта находится сейчас на общественной экспертизе в Министерстве труда РФ. Пока руководствуемся требованиями приказа Минздрава от 23.07.10 №541н. Должности младшего фармперсонала также должны соответствовать приказу №1183н.

Что касается руководителей, то приказом установлены должности директора, заместителя

директора и заведующего (начальника структурного подразделения). Тут возникает ситуация, когда аптечные сети рассматривают свои аптеки как структурные подразделения. И аптеки, входящие в сеть, должны рассматриваться как отделы большой сети с соответствующей номенклатурой должностей, либо как отдельная структура со своим штатным расписанием.

АККРЕДИТАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Определение «аккредитация специалиста» появилась в 2011 г. в Ф3-323. Аккредитация — это проверка практических навыков лица, которое будет осуществлять медицинскую или фармацевтическую деятельность по определенной специальности. Аккредитация специалиста осуществляется по окончании освоения им профессиональных образовательных программ и не реже одного раза в 5 лет. Периодичность установлена такая же, как и для сертификации. В 2017 г. Минздрав выпустил приказ №1043н, который определил сроки и этапы прохождения аккредитации. Этим приказом установлено, что **с 1 января 2021 г. аккредитации будут подлежать все специалисты с фармацевтическим образованием.** В соответствии с законодательными требованиями установлено, что сертификаты могут выдаваться до 1 января 2021 г. Действовать они будут до истечения указанного в них срока, т.е. до конца 2025 г. Уточнено, что специалисты, имеющие среднее или высшее фармообразование и сертификат специалиста, имеют право осуществлять фармдеятельность по этим специальностям до 1 января 2026 г. Переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно с 1 января 2016 г. по 31 декабря 2025 г. включительно.

ПОРЯДОК ПРОХОЖДЕНИЯ АККРЕДИТАЦИИ

Приказ Минздрава от 02.06.16 №334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» устанавливает виды аккредитации, условия формирования аккредитационных комиссий, перечень документов, необходимых

для прохождения аккредитации, этапы, которые включает в себя аккредитация, и их содержание.

Виды аккредитации. Их три: первичная, которая началась для выпускников по специальности «Фармация» с 2016 г.; первичная специализированная для лиц, закончивших ординатуру или завершивших программу профессиональной переподготовки; периодическая для лиц, прошедших программы повышения квалификации или программы, обеспечивающие непрерывное совершенствование профессиональных навыков и знаний.

Аккредитационные комиссии формируются Минздравом РФ (в каждом субъекте РФ). В их работе принимают участие профессиональные некоммерческие организации (НФП).

Документы, необходимые для прохождения аккредитации:

- для первичной: заявление, копия документа, удостоверяющего личность, копия документов о высшем образовании, страхового свидетельства;
- для периодической: к перечисленным документам добавляются копия трудовой книжки, портфолио, копия сертификата специалиста (при наличии) или свидетельство об аккредитации специалиста.

Этапы аккредитации

Первичная и первичная специализированная аккредитация состоят из тестирования, оценки практических навыков в смоделированных условиях (аптека).

Периодическая — из оценки портфолио, тестирование (сейчас отменено).

Портфолио фармработников представляет собой отчет о профессиональной деятельности за последние 5 лет (информация о прохождении



образовательных программ должна подтверждаться соответствующими документами). Приказ №334н. Портфолио можно сформировать в личном кабинете на сайте edu.rosminzdrav

Алгоритм перехода в систему непрерывного профессионального образования:

- получение сертификата по специальности;
- регистрация на портале edu.rosminzdrav и создание индивидуального портфолио;
- набор 50 кредитов в год;
- прохождение периодической аккредитации каждые 5 лет.

Если специалист не набирает необходимое количество баллов?

Здесь нужно руководствоваться приказом Минздрава РФ от 03.08.12 №66н (в отношении часов ничего не сказано) и приказом Минобрнауки РФ №499 (установлено минимальное количество часов — не менее 16 часов в год). Других документов на данный момент нет.

Фармацевтическое консультирование и ответственное самолечение входят в число основных трудовых функций, необходимых знаний и навыков, приведенных в профессиональном стандарте провизора, утвержденном приказом Минтруда №91.

ИЗМЕНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С COVID-19

Правительство РФ 3 апреля 2020 г. выпустило постановление №440, которое говорит, что срок действия некоторых разрешительных документов продлевается, речь идет в т.ч. и об аккредитации специалистов на право осуществления мед/фармдеятельности и сертификации медработников. Про фармработников в этом постановлении забыли, но про них сказано в приказе Минздрава РФ.

Приказ Минздрава РФ от 14.04.20 №327н утвердил перечень случаев и условий, при

которых специалисты могут быть допущены к работе без сертификата или свидетельства об аккредитации; установил мораторий до окончания срока действия приказа на получение сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации; продлевает срок действия сертификатов специалиста на 12 месяцев при истечении срока их действия в период действия постановления №440. Приказ действует до 1 января 2021 г.

Приказ Минздрава №327н в случае чрезвычайной ситуации **устанавливает условия допуска к профессиональной деятельности без сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста:**

- наличие документа об образовании (или) квалификации, подтверждающего получение образования по определенной специальности;
- соответствие полученного образования квалификационным требованиям к фармработникам с высшим или средним фармообразованием по данной специальности.

До конца этого года молодые специалисты могут работать на основании диплома. Те, кто прошли курсы ресертификации, сдадут экзамен после 1 января 2021 г., но получают свой сертификат, датированный 2020 г. Тем, кто не успел этого сделать, рекомендую выходить на процедуру аккредитации в 2021–2022 гг. Думаю, комиссии будут лояльно смотреть на недобор баллов, потому что никто не ожидал, что коронавирусная инфекция выбьет всех из колеи.

На все вопросы, связанные с аккредитацией, готов ответить Союз «Национальная Фармацевтическая Палата». Вы можете обращаться в палату, даже не являясь ее членом. НФП наделена правом проведения аккредитации, как первичной, так и периодической.

По материалам вебинара «Аккредитация фармацевтических работников. Практические рекомендации» (организатор: «КатренСтиль»)

Анна ГОНЧАРОВА



НАРУШЕНИЯ В АПТЕКАХ: ИЗУЧИТЬ, ИСПРАВИТЬ И НЕ ДОПУСКАТЬ

Тема нарушений правил розничной торговли лекарственными средствами, пожалуй, самая обсуждаемая в фармацевтической деятельности. А события последних месяцев придают ей особую актуальность.



Наталья Золотарева, доцент кафедры управления и экономики фармации Санкт-Петербургского государственного химико-фармацевтического университета, к.фарм.н., провела вебинар для руководителей аптечных организаций по этой теме.

Мы стали свидетелями большого количества законопроектов, имеющих непосредственное отношение к фармацевтической деятельности. Обращает на себя внимание требование к специалистам, осуществляющим розничную торговлю лекарственными средствами. Это должны быть специалисты с высшим и средним фармацевтическим образованием, также появилось требование о свидетельстве об аккредитации. В начале апреля 2020 г. на портале проектов нормативных документов были опубликованы изменения к Федеральному закону №323-ФЗ (далее ФЗ-323), который с 2016 г. установил требования об обязательной аккредитации.

Так вот в проекте указано и предлагается, что фразу «лица, имеющие свидетельство об аккредитации» заменить «на лица, прошедшие процедуру аккредитации». Разница в смысловой нагрузке колоссальная. Предлагается это сделать по причине того, что по разным обстоятельствам процесс получения документа после прохождения процедуры аккредитации надолго затягивается, а значит вопрос трудоустройства стоит очень остро. Если поправка будет принята, это снимет многие вопросы при трудоустройстве таких специалистов. Но это проект. Что мы имеем в части свидетельства об аккредитации на сегодняшний день? 14 апреля текущего года Минздрав России издал приказ №327н, который установил три очень важных момента. Во-первых, установлен мораторий на получение свидетельств об аккредитации специалиста или сертификатов специалистов. Во-вторых, продлевается срок действия сертификата специалиста на 12 месяцев. Кроме того, определены случаи и условия, при которых физические лица могут осуществлять фармдеятельность без указанных документов. Спустя несколько дней замминистра дала развернутые пояснения по данному приказу, пояснив сроки и причины моратория

(до 1 января 2021 г.). До этого срока проведение процедуры аккредитации специалистов и сертификационного экзамена нецелесообразно ввиду того, что соответствующие документы оформляться не будут, а условия допуска фармацевтических специалистов без указанных документов определены соответствующим положением к этому приказу. Что касается продления срока действия сертификата специалиста, то разъяснено, что если срок действия сертификата заканчивается в период с 6 апреля 2020 г. (это та дата, когда вступил в силу важный документ — постановление Правительства РФ №440 о продлении разрешительных мероприятий — ПП-440), то срок действия сертификата продлевается на 12 месяцев с даты окончания срока его действия.

30 апреля этого года вышел еще один важный документ (он более интересен для работников госпитального сегмента). Речь идет о приказе Минздрава России №394н, который внес изменения в процедуру прохождения аттестации на получение квалификационной категории. В связи с угрозой распространения коронавирусной инфекции приостанавливается проведение аттестации специалистов до 1 января 2021 г. Сроки действия всех присвоенных категорий, которые истекают с 1 февраля 2020 г. до 1 января 2021 г. автоматически продлены на 12 месяцев.

ОТКРЫТА НОВАЯ ГЛАВА

Розничная торговля лекарственными средствами регулируется большим количеством нормативных документов: 61-ФЗ, 323-ФЗ, постановлениями и распоряжениями Правительства РФ, указами Президента РФ, ведомственными нормативными документами, включая специфические документы, касающиеся правил торговли особыми препаратами (комбинированными,

содержащими малые дозы наркотических и психотропных прекурсоров) и др. Чрезвычайные обстоятельства ускорили сдвиг фокуса регулирования с традиционного на дистанционное. Отправной точкой стал указ Президента РФ №187 «О розничной торговле лекарственными средствами для медицинской помощи». Еще в первом чтении Госдума РФ в 2017 г. приняла законопроект, который разрешал дистанционную розничную торговлю безрецептурными ЛС. Но на этом законопроект застыл. Новая волна пошла в конце 2019 г., когда депутаты предложили законопроект, который разрешал бы розничную дистанционную торговлю рецептурными препаратами. Это предложение получило отрицательный отзыв. И что же мы имеем на сегодняшний день? Напомню, что порядок розничной торговли регулируется главным нашим законом №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (ст. 55 гл. 10). Что изменилось? В начале апреля 2020 г. приняты поправки в ФЗ-61. Они не очень большие по объему, но существенные по содержанию. Фактически открыта новая глава в нашей отрасли, поскольку впервые онлайн-консультирование, заказ и доставка получили правовую основу. Чтобы подкрепить эти положения законодательно, внесены поправки в понятийную часть закона в ст. 4, пункты 33, 35, 36. Фраза «розничная торговля лекарственными препаратами» дополнена словами «в том числе дистанционным способом». В п. 34, который касается определения понятия организации оптовой торговли, такие изменения не внесены.

Можно сделать вывод, что оптовые фармацевтические организации, дистрибуторы таким правом не наделены (дистанционно торговать). Это подтверждают изменения в ст. 55, которая дополнена пунктом 1.1, который в свою очередь четко определяет, что розничная торговля ЛС, за исключением препаратов, отпускаемых по рецепту, наркотических и психотропных, а также спиртосодержащих с объемной долей этилового спирта свыше 25%, может осуществляться именно аптечными организациями дистанционным способом. Это могут делать организации, имеющие соответствующую лицензию на фармацевтическую деятельность, соответствующее разрешение Росздравнадзора. Порядок выдачи такого разрешения, а также требования к аптечным организациям, порядок осуществления такой



деятельности и условия доставки должны быть определены Правительством РФ.

Несмотря на внесение поправок, на сегодняшний день регламент, разрешающий осуществлять такую деятельность, не определен. Сложилась ситуация, что де-юре розничная дистанционная продажа ЛС разрешена, а де-факто регламента, как это делать, мы не имеем. Еще один важный момент есть в ст. 55, дополненной частью 9, которая фактически разрешает продажу рецептурных ЛС дистанционным способом, за исключением наркотических и психотропных препаратов, а также спиртосодержащих, но с очень важной поправкой — в условиях чрезвычайной ситуации или в условиях угрозы распространения заболевания, опасного для окружающих. И Правительство РФ вправе установить временный порядок соответствующего вида торговли. До конца текущего года стоит ожидать принятия соответствующих регламентов, разрешающих розничную дистанционную торговлю рецептурными препаратами.

Дополнена также ч. 7 ст. 55 после слов «и продавать» словами «в том числе дистанционным способом». Есть еще одна поправка, касающаяся порядка розничной торговли ЛС через медицинские организации. В части 5 статьи 55 исключены слова «за исключением лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов». Таким образом, в сельских населенных пунктах, не имеющих аптечных организаций, у медицинских организаций, имеющих лицензию на фармдеятельность, расширен портфель лекарственных средств.

Нарушающих будут отслеживать и штрафовать. С этой целью внесены поправки в Федеральный закон №149-ФЗ. За незаконную продажу лекарственных средств, свободная реализация которых запрещена, ст. 14.2 КоАП устанавливает административную ответственность в виде штрафа:

- 1,5–2 тыс. руб. для граждан;
- 3–4 тыс. руб. для должностных лиц;
- 30–40 тыс. руб. для юридических лиц.

Также наказанием может стать конфискация предметов административного нарушения. В ст. 6.33 КоАП была добавлена новая часть «Реализация фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных или незарегистрированных лекарственных средств, медицинских

изделий и биологически активных добавок, совершенная с использованием СМИ, телекоммуникационных сетей, в том числе сети «Интернет». Установлены значительные штрафные санкции, самые большие, до 6 млн руб. для юридических лиц. Но если будет определен уголовный характер продажи или сумма реализованных товаров превысит 100 тыс. руб., согласно поправкам к ст. 238.1 УК предусмотрена и уголовная ответственность.

РЕГУЛЯТОРНАЯ РЕФОРМА

Сейчас идет реформа нормативно-правового регулирования нашей сферы, которая получила название «регуляторной гильотины». Новая система законодательства должна быть подготовлена к 1 января 2021 г., если текущая ситуация с коронавирусом не внесет свои коррективы.

Регуляторная гильотина коснется Правил надлежащей аптечной практики. Самые значимые коснутся следующих пунктов:

- п. 10 — будут внесены изменения, касающиеся дополнительного образования ответственного лица системы менеджмента качества (отдельные специализированные курсы);
- п. 14 — актуализация знаний по порядку представления фармацевтических консультаций по лекарственным препаратам, использованию медицинских изделий и других ТАА (товары аптечного ассортимента) в домашних условиях;
- п. 15 — фармацевтическое консультирование (в проекте дается очень развернутое определение этого понятия);
- п. 54 — информирование о диапазоне стоимости имеющихся в наличии взаимозаменяемых лекарственных средств в рамках МНН. Появляется уже обязанность информировать пациента о наличии таких препаратов и их стоимости. К 1 июля 2020 г. на сайте Минздрава России должен появиться перечень взаимозаменяемых ЛС, который будет регулярно дополняться.

ОСНОВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Результаты исследования 2019 г. относительно соблюдения фармацевтическими работниками правил розничной торговли (источник «Ремедиум Приволжье»).

Каким нормативным документом регламентируется отпуск ЛС? Такой вопрос был задан в рамках исследования.

Только 33% опрошенных назвали действующий приказ Минздрава России №403н. Получается, что порядка 70% респондентов — специалистов фарморганизаций — назвали либо недействующий, либо приказы, не имеющие непосредственного отношения к отпуску ЛС. Это настораживает. Порядка 40% сказали, что не считают обязательным требовать у пациентов рецепт при отпуске рецептурного препарата. 100% ответили, что требование рецепта имеет для них финансовое значение.

Что еще нарушают коллеги при отпуске товаров аптечного ассортимента?

Руководствуясь проверочными актами в аптечных организациях, можно утверждать, что на поверхности лежат следующие нарушения, которые нужно внимательно изучить, исправить и не допускать.

Непорядок с правоустанавливающими документами:

- отсутствуют или просрочены договоры аренды или субаренды;
- отсутствуют свидетельства о праве собственности;
- нет договоров на закупку продукции;
- нет копий лицензий поставщиков, просрочены лицензии поставщиков;
- неполное оформление стендов для посетителей;
- ошибки в оформлении ценников;

- нет или не работает кнопка вызова дежурного администратора.

Нарушения зонирования:

- не организовано достаточное количество карантинных зон (минимум 4) для хранения ТАА, а также их размещения.

Нарушения, касающиеся отпуска ЛС:

- нет Книги отзывов и предложений;
- отсутствие на момент проверки ЛС, входящих в минимальный ассортимент;
- приняты неправильно выписанные рецепты на бланках 148-1/у и 107-1/у;
- отпуск без рецепта;
- отпуск ИЛП пациенту при отсутствии у него специального термоконтейнера;
- открытая выкладка ЛС рецептурного отпуска;
- ошибки в оформлении отметки АО об отпуске ЛС (на обратной стороне рецепта не указано, что, когда и кем отпущено);
- отсутствует или не заполняется журнал неправильно оформленных рецептов;
- реализация ЛП с истекшим сроком годности;
- неуничтожение в срок рецептов длительного хранения;
- нарушения при отпуске ЛС, подлежащих предметно-количественному учету (ПКУ);
- неправильно или несвоевременно ведется журнала ПКУ прекурсоров и др.

Все эти нарушения караются серьезными штрафными санкциями.

По материалам вебинара «Правила розничной торговли ЛС. Анализ основных нарушений» (организатор: Петербургский союз врачей)

Анна ШАРАФАНОВИЧ



ГАСТРОЦИТОПРОТЕКТОРЫ: ДЛЯ ЗАЩИТЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖКТ

Преферанская Нина Германовна

Доцент кафедры фармакологии института фармации им. А.П. Нелюбина Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), к.фарм.н.

Для защиты слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) от воздействия всевозможных агрессивных раздражителей применяют гастроцитопротекторные средства. Они повышают резистентность слизистых оболочек ЖКТ к действию повышенной активности пепсина или сильноокислой реакции желудка (рН 0,8–1,5).

Гастроцитопротекторные средства стимулируют образование муцина железистыми клетками и слизистой оболочкой желудка, тем самым сохраняют целостность его защитного барьера. Препараты способствуют поддержанию рН желудочного сока на уровне 3,0–3,5 за счет повышения секреции бикарбонатов. При их применении повышается синтез защитных факторов (простагландинов) и уменьшается их инактивация. Улучшается регенерация клеток слизистой желудка за счет уменьшения повреждения микрососудов и улучшения регионарного кровотока. Стимулируется эпидермальный фактор роста, повышается барьерная функция слизистой оболочки. Стимулируется пролиферация и обмен эпителиальных клеток. Все это значительно улучшает репаративные процессы и способствует восстановлению десквамированного (лат. *desquamo* — удаляю, отслаиваю) эпителия в желудке.

С этой целью применяют несколько подгрупп гастроцитопротекторных лекарственных средств:

1. Синтетические аналоги простагландинов — Мизопростол.
2. Препараты, повышающие синтез простагландинов, — Ребамипид.
3. Препараты, образующие комплексные соединения (хелаты), — Висмута трикалия дицитрат, Сукралфат.
4. Препараты висмута: Висмута субнитрат, Викалин, Викаир.
5. Препараты природного происхождения — Солкосерил, Мумие и др.

Гастроцитопротекторные ЛС отличаются между собой не только составом, но и фармакологическими эффектами. Каждое лекарственное средство по-разному защищает слизистую оболочку и стимулирует восстановление клеток стенки желудка.

ГОРМОНОПОДОБНЫЕ ЛИПИДНЫЕ МЕДИАТОРЫ

Многочисленные исследования показали, что простагландины повышают устойчивость слизистой оболочки желудка к воздействию травмирующих факторов (соляной кислоте, пепсину, желчи, этанолу, НВПС, ГКС). Связано это с их влиянием на физиологические функции организма. НПВС и ГКС нарушают образование простагландинов Е и I₂. Первым препаратом этой группы является синтетический аналог простагландина Е1 — **Мизопростол** (*Misoprostol*) — ТН «**Миролют**» — активизирует регенерацию слизистой оболочки, усиливает кровообращение в микрососудах стенки желудка, подавляет выработку пищеварительного фермента пепсина и уменьшает продукцию желудочного сока. Он повышает воспроизводимость особыми (добавочными) клетками желудочной слизи, которая защищает его стенки от агрессивных факторов. Препарат оказывает слабое стимулирующее действие на гладкую мускулатуру ЖКТ антисекреторной активностью. Повышается устойчивость слизистой оболочки желудка, что предупреждает развитие эрозивно-язвенных

поражений. Прием чаще назначают для профилактики НПВС-гастропатий. Самостоятельно Мизопростол лучше не назначать, даже если в качестве основного лекарства был назначен аспирин, который почему-то многие пациенты принимают не по назначению и довольно часто. У больных, принимающих НПВС, уменьшается частота развития язв желудка и двенадцатиперстной кишки, снижается риск язвенного кровотечения.

Важно! Препарат противопоказан при ИБС, гипертонической болезни, нарушении функции печени, беременности. Не рекомендуют принимать детям и подросткам. Простагландины опасны побочными эффектами, они вызывают метеоризм, диарею, тошноту, головную боль, нарушение менструального цикла, вагинальные кровотечения и др.

Перед приемом препарата необходимо обязательно проконсультироваться у лечащего врача.

Ребамипид (*Rebamipidum*) — ТН «Ребагид» — оказывает цитопротекторное действие в отношении слизистой желудка при повреждающем воздействии этанола, кислот, щелочей и лекарственных средств (НПВС, ГКС). Способствует активации энзимов, ускоряющих биосинтез высокомолекулярных гликопротеинов, и повышает содержание слизи на поверхности стенки желудка. Ребамипид повышает содержание простагландина E2 (PGE2) в слизистой желудка и повышает содержание PGI2 в желудке. Способствует улучшению кровоснабжения слизистой желудка, активизирует ее барьерную функцию, активизирует щелочную секрецию желудка, усиливает пролиферацию и обмен эпителиальных клеток желудка. При приеме препарата ингибируются продукты окислительного стресса, воспалительных цитокинов и хемокинов, при этом очищает слизистую от гидроксильных радикалов и подавляет супероксиды, продуцируемые полиморфноядерными лейкоцитами и нейтрофилами в присутствии *Helicobacter pylori*. Абсорбция при приеме внутрь — высокая. После приема в дозе 100 мг максимальная концентрация достигается приблизительно через 2 ч и составляет 340 нг/мл. Период полувыведения равен приблизительно 1 ч. Повторные приемы препарата не приводят к его кумуляции в организме. Приблизительно 10% препарата выводится

почками, преимущественно в неизменном виде.

Препарат принимают внутрь по 1 табл. 3 раза в сутки, запивается небольшим количеством жидкости. Курс лечения составляет 2–4 недели, в случае необходимости может быть продлен до 8 недель.

Важно! При применении препарата могут возникать побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта: запор, метеоризм, диарея, тошнота, боль в области живота, нарушение вкусовых ощущений, а также аллергические реакции и нарушение менструального цикла.

ЛП, ОБРАЗУЮЩИЕ ЗАЩИТНУЮ ПЛЕНКУ ИЗ МЕТАЛЛООРГАНИЧЕСКИХ КОМПЛЕКСОВ

Висмута трикалия дицитрат (*Bismuthi trikalii dicitras*) — ТН «Де-нол», ТН «Новобисмол», табл. 120 мг. В кислой среде желудка препарат образует нерастворимые висмута оксихлорид и дицитрат. Соединение дицитрата с гидроокисью висмута образует молекулярные комплексы различной структуры и размеров, что приводит к переходу водного раствора в коллоидную форму. Коллоидная форма препарата позволяет ему эффективно пенетрировать в желудочную слизь. Препарат хорошо проникает в глубь желудочных ямок, что позволяет ему уничтожать бактерии, находящиеся в недостижимости для других антибактериальных препаратов. Обладает антихеликобактерным действием, которое проявляется в виде коагуляции белков микробной клетки и гибели спиралевидной жгутиковой грамотрицательной бактерии *Helicobacter pylori*. При применении препарат практически не всасывается из ЖКТ, выводится в основном с экскрементами.

Сукральфат (*Sucralfatam*) — ТН «Вентер», табл. 1,0 г. — препарат смешанного типа действия: в желудке распадается на два активных метаболита: алюминия гидроокись, обладающую антацидным действием и сульфат сахарозы, который взаимодействует с белками некротизированной ткани, образуя хелатный комплекс, в виде клейкой массы, которая выстилает и защищает язву от повреждения. Алюминия

гидроокись оказывает антацидное действие, нейтрализует соляную кислоту и повышает pH содержимого желудка. Основными побочными эффектами являются диспептические расстройства и аллергические реакции.

Препараты висмута обладают вяжущим, адсорбирующим и обволакивающим действием.

Висмута субнитрат (*Bismuthi subnitratis*) — препарат на поверхности слизистой оболочки желудка коагулирует белки, образуя защитную пленку из денатурированных белков с образованием плотного альбумината. Оказывает сосудосуживающий эффект, уменьшает местный воспалительный процесс, подавляет рост и развитие *Helicobacter pylori*. Кроме того, препараты висмута обладают местной антимикробной активностью, действуя непосредственно на клеточную стенку бактерий, нарушают ее целостность. Висмут оказывает непосредственное бактерицидное действие, его минимальная ингибирующая концентрация в отношении *Helicobacter pylori* достаточна высокая.

При применении этого препарата могут возникать тошнота, рвота, головная боль, пигментации на языке и аллергические реакции.

Викалин (*Vicalin*), табл., покр. обол., — комбинированный препарат, в одной таблетке которого содержатся активные компоненты: висмута субнитрат (350 мг), магния карбонат — 400 мг, натрия гидрокарбонат (200 мг), кора крушины ольховидной (25 мг), корневища аира болотного (25 мг), рутозида + келлина по 5 мг.

Препарат обладает репаративными свойствами, оказывает вяжущее, адсорбирующее, обволакивающее действие. Дополнительно викалин проявляет спазмолитический, слабительный, притивовоспалительный эффект. При применении препарата снижается кислотность желудочного сока и уменьшается активность пепсина, возникает антацидное и бактерицидное действие. При применении викалина могут возникать учащение стула, тошнота, головная боль и аллергические реакции. Таблетки принимают внутрь через 30–60 мин. после еды, запивая достаточным количеством теплой воды (0,5 стакана). Отмечается быстрое действие, хорошая переносимость и доступная стоимость препарата. Применение препарата запрещено больным детям в возрасте до 18 лет, при

почечной недостаточности, беременным и во время кормления грудью.

Препарат назначается взрослым по 1–2 таблетки 3–4 раза в сутки за 30 мин. до или через 2 часа после последнего приема пищи; детям от 6 до 14 лет можно по 1 табл. 2 раза в день, запивая небольшим количеством воды. Курс лечения — 28–56 дней, перерыв — 8 недель.

Важно! Во избежание накопления в организме висмута, особенно при снижении выделительной функции почек, длительные курсы приема препарата не рекомендуются. При применении препарата может возникать тошнота, рвота и металлический привкус во рту.

Викаир (*Vicair*) — препарат в комбинации висмута субнитрата (350 мг), коры крушины ольховидной (400 мг), корневища аира болотного (200 мг), магния карбонат + натрия гидрокарбонат по 25 мг. Эффект препарата обусловлен свойствами его компонентов. В состав данного средства входит аир, обладающий спазмолитическим действием, крушина, обладает слабительным действием, способствуя улучшению пассажа по кишечнику. Препарат проявляет вяжущее, антацидное действие.

Режим дозирования индивидуальный, в зависимости от показаний, возраста пациента и клинической ситуации. Препарат противопоказан при гипоацидном гастрите, хронической почечной недостаточности, хроническом аппендиците, энтероколите, детском возрасте до 18 лет, беременности, в период лактации и при повышенной чувствительности к компонентам комбинации.

Важно! Длительно принимать препараты висмута нельзя, т.к. они вызывают различные побочные эффекты: дисфункцию кишечника, проявляющуюся запором или поносом, нарушают работу почек, печени, могут стать причиной бессонницы, энцефалопатии, снижения памяти.

ПРЕПАРАТЫ РАСТИТЕЛЬНОГО И ЖИВОТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Препараты, с успехом используемые для улучшения репаративных процессов: **Солкосерил, Алоэ, Зверобой, Прополис, Мумие.**

Солкосерил — зарекомендовавшее себя эффективное средство при язве желудка,

изготовленное из телячьей крови. Это средство изобретено давно и используется как сильнодействующее ранозаживляющее средство и сейчас.

Это биогенный стимулятор, он быстро и эффективно устраняет симптомы болезни, уменьшает воспалительный процесс. Он активизирует процессы регенерации и метаболизма в организме, убирает воспаление. Солкосерил запускает механизм самооздоровления, происходит саморегуляция нарушений слизистой пищеварительного органа. И не только желудку становится легче, но и печени. Препарат выводит из организма накопившиеся из-за недуга токсичные вещества.

Его основное назначение — стимулировать кровоснабжение слизистой пищеварительного органа, ускорять рубцевание язв; активировать регенеративные возможности клеток, предупреждать атрофию слизистой желудка; улучшать обмен веществ и иммунитет.

Метилметионинсульфония хлорид (Витамин U) оказывает обезболивающий эффект и стимулирует заживление поражений слизистых оболочек. При его применении организм больного насыщается метильными группами, которые необходимы для биохимических процессов синтеза. Участвует в метилировании гистамина, превращая его в неактивную форму, что способствует уменьшению желудочной секреции. Назначают внутрь 2 табл. 3 раза в день, курс лечения — месяц, при необходимости курс повторяют.

Фитопрепараты, содержащие цветы ромашки аптечной, слизь семян льна, листья

подорожника, траву зверобоя, обладают обволакивающим и вяжущим действием. Они менее эффективны, но их можно применять в качестве профилактического средства, предварительно посоветовавшись с гастроэнтерологом, аллергологом (у растительных препаратов также есть противопоказания к применению).

Биогенные стимуляторы — экстракт алоэ, сок каланхоэ, ФИБС, масло облепихи и шиповника — улучшают тканевую регенерацию.

Облепиховое масло благодаря содержанию токоферолов защищает биологические мембраны от повреждения, обладает умеренным ингибирующим влиянием на секрецию желудочного сока и ускоряет процесс заживления язв. Больным с локализацией язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке назначают по 1 ч. л. за 30 мин. до еды 2–3 раза в день и на ночь. Для внутреннего применения противопоказано при воспалительных процессах в желчном пузыре, печени, поджелудочной железе и при желчнокаменной болезни.

Врач-гастроэнтеролог перед назначением препарата учитывает все его характеристики: механизмы и эффекты действия, отрицательные виды действия, побочные эффекты, противопоказания и индивидуально подбирает необходимое средство. Своевременное обращение к гастроэнтерологу и правильное применение гастроцитопротекторных средств позволяет больным нивелировать фазу обострений и оптимизировать фазу ремиссий.



ВОПРОС — ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ

Врач (Вологодская обл.) выписал рецепт по форме №107-1/у, утвержденной приказом Минздрава РФ от 14.01.19, но не поставил штамп «Для налоговых органов РФ», также отсутствует ИНН медицинского учреждения. Врач, ссылаясь на порядок выписывания лекарственных средств, утвержденный приказом Минздрава России и МНС России от 25.07.01 №289/БГ-3-04/256, поясняет, что рецепт к вычету можно выписывать, только если лекарственное средство входит в Перечень лекарственных средств.

На портале госуслуг указано, что для получения социального вычета по НДФЛ на лечение необходимо, чтобы рецепт был правильно оформлен: на рецепте должен стоять штамп, быть указан ИНН медицинской организации — налогоплательщика, стоять штамп «Для налоговых органов РФ»; кроме того, бланк для вычета должен быть заверен подписью врача, его личной печатью и печатью медицинской организации.

Как действовать гражданину в данной ситуации? Прав ли врач?

По данному вопросу мы придерживаемся следующей позиции:

Отказ врача в простановке штампа «Для налоговых органов РФ, ИНН налогоплательщика» на рецепте по форме №107/у при назначении препарата, не входящего в Перечень лекарственных средств, неправомерен.

ОБОСНОВАНИЕ ПОЗИЦИИ:

Порядок получения социального вычета по НДФЛ на лечение установлен пп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ.

В настоящее время дословно эта норма звучит так: «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 Российской Федерации, далее — Перечень МУ), а также в размере стоимости лекарственных препаратов для медицинского применения, назначенных им лечащим врачом и приобретаемых налогоплательщиком за счет собственных средств».

Из данной нормы следует, что право на рассматриваемый вычет возникает в случае:

- оплаты медицинских услуг (включая оплату дорогостоящего лечения и оплату страховых

взносов по договорам добровольного медицинского страхования);

- покупки различных лекарственных средств и медицинских препаратов.

При этом вычет на оплату медицинских услуг, в т.ч. дорогостоящих, возможен только в том случае, если это затраты на оплату медицинских услуг, поименованных в специальном перечне, который утвержден Правительством РФ (постановление от 19.03.01 №201).

Что касается вычета на покупку лекарств и медицинских препаратов, то до 2019 г. этот вычет также предоставлялся только в отношении медикаментов, поименованных в специальном перечне, который тоже утвержден постановлением Правительства РФ от 19.03.01 №201 (далее — Перечень ЛП). Этот Перечень являлся закрытым и не подлежал расширенному толкованию. Поэтому если тот или иной лекарственный препарат в перечне отсутствовал, расходы на его покупку к вычету не брались.

Обратите внимание, что Перечень медицинских услуг (далее — Перечень МУ) и Перечень ЛП, хотя и утверждены одним и тем же

постановлением правительства, по своей сути представляют собой два совершенно разных документа. В Перечне МУ перечислены виды услуг по лечению, например, услуги по диагностике и лечению при оказании населению скорой медицинской помощи. В Перечне ЛП поименованы конкретные наименования тех или иных лекарственных средств. В настоящее время в пп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ, действительно, упомянут некий Перечень, однако обратите внимание, что это именно Перечень медицинских услуг, о Перечне лекарственных препаратов в данной норме на сегодняшний день не говорится.

Дело в том, что Федеральным законом от 17.06.19 №147-ФЗ (далее — Закон №147-ФЗ) в пп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ были внесены изменения, согласно которым из абзаца 1 этой нормы были исключены слова «(в соответствии с перечнем лекарственных средств, утвержденным Правительством Российской Федерации)». В новой редакции положения пп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ применяются в отношении доходов физических лиц, полученных ими начиная с налогового периода 2019 года (ч. 5 ст. 2 Закона №147-ФЗ).

Таким образом, с 1 января 2019 г. социальный вычет по НДФЛ на покупку лекарств можно получить в размере стоимости любых лекарственных средств, приобретенных налогоплательщиком по назначению врача, независимо от того, включены они в Перечень лекарственных средств или нет. Этот вывод подтверждает и ФНС России (см. информацию ФНС России от 15.07.19).

Отметим, что налоговый период (календарный год), в котором у налогоплательщика возникает право на получение вычета на медикаменты, зависит от даты их приобретения (даты оплаты). Дата назначения медицинских препаратов лечащим врачом в целях социального вычета значения не имеет.

Как прямо следует из процитированного выше пп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ, для получения вычета нужно, чтобы купленное лекарство было назначено лечащим врачом. Однако простого внесения соответствующих записей в амбулаторную карту пациента и сообщения ему рекомендуемого списка препаратов для получения вычета недостаточно.

Дело в том, что для получения рассматриваемого вычета в налоговый орган необходимо представить документы, подтверждающие

фактические расходы налогоплательщика (физического лица — пациента) на приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения (об этом четко сказано в абзаце 5 пп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ).

Порядок выписки лекарственных средств, назначенных лечащим врачом налогоплательщику и приобретенных им за счет собственных средств, размер стоимости которых учитывается при определении суммы социального налогового вычета, изложен в приложении №3 к совместному приказу Минздрава РФ и МНС РФ от 25.07.01 №289/БГ-3-04/256 (далее — Порядок выписки рецептов). В данном порядке дословно указано следующее:

При назначении лечащим врачом лекарственных средств, входящих в Перечень лекарственных средств, назначенных лечащим врачом налогоплательщику, приобретенных им за счет собственных средств, размер стоимости которых учитывается при определении суммы социального налогового вычета, утвержденный постановлением Правительства РФ от 19.03.2001 №201, устанавливается следующий порядок.

1. Лекарственные средства выписываются врачом на рецептурных бланках по форме №107/у (в настоящее время — утвержденной приказом Минздрава РФ от 14.01.19 №4н).

2. Лечащий врач выписывает пациенту рецепт в двух экземплярах, один из которых предъявляется в аптечное учреждение для получения лекарственных средств, второй представляется в налоговый орган РФ при подаче налоговой декларации по месту жительства налогоплательщика.

3. На экземпляре рецепта, предназначенного для представления в налоговые органы РФ, лечащий врач в центре рецептурного бланка проставляет штамп «Для налоговых органов РФ, ИНН налогоплательщика», рецепт заверяется подписью и личной печатью врача, печатью учреждения здравоохранения.

4. Экземпляр рецепта со штампом «Для налоговых органов РФ, ИНН налогоплательщика» остается на руках у налогоплательщика, оплатившего расходы по приобретению лекарственных средств, для представления такого рецепта вместе с письменным заявлением, с товарным и кассовым чеками из аптечного учреждения, осуществившего отпуск лекарственных

средств, в налоговый орган РФ по месту жительства.

Таким образом, если читать Порядок выписки рецептов буквально, то, действительно, может показаться, что соблюдать этот Порядок лечащий врач должен только в том случае, если выписанное лекарство входит в Перечень лекарственных препаратов. Изменений в рассматриваемый Порядок выписки рецептов действительно не вносилось. Однако причин для отказа в выдаче пациенту рецептурного бланка со штампом «Для налоговых органов РФ, ИНН налогоплательщика» мы не видим.

Так, во-первых, ни Порядок выписки рецептов, ни какой-либо иной законодательный акт не содержат в настоящее время и не содержали ранее никогда запрета на простановку штампа «Для налоговых органов РФ, ИНН налогоплательщика» на рецептурных бланках. Поэтому слова главврача лечебного учреждения о том, что при простановке такого штампа врачом будет нарушен закон, не имеют под собой никакого законодательного смысла.

Во-вторых, рассматриваемый Порядок выписки рецептов утверждался Минздравом РФ и МНС именно в целях получения социального вычета, и тот факт, что в него не были внесены изменения, исключающие слова «входящих в Перечень ЛП», не означает, что врач не может соблюдать этот Порядок.

Иными словами, хотя Порядок выписки рецептов прямо указывает на необходимость простановки рассматриваемого штампа только в случае выписки лекарственных препаратов из Перечня лекарственных средств, запрета на его простановку на рецептурных бланках в отношении не включенных в Перечень ЛП не установлено. Тем более, повторим, что Порядок выписки рецептов утверждался именно в целях получения социального вычета. Можно сказать, что праву налогоплательщика на получение указанного налогового вычета корреспондирует обязанность лечащего врача, назначающего медицинские препараты, выписать на них рецептурный бланк в установленном порядке. В свою очередь, п. 2 Приказа Минздрава и МНС №289/БГ-3-04/256 обязывает использовать для выписки лекарственных средств, назначенных лечащим врачом налогоплательщику и приобретенных им за счет собственных средств, размер

стоимости которых учитывается при определении суммы социального налогового вычета, рецептурный бланк учетной формы №107/у.

Минздрав России в письме от 02.08.19 №25-4/3085695-8611 (далее — письмо №25-4/3085695-8611), рассматривая вопрос о внесении изменений в пп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ и применении Порядка выписки рецептов в связи с внесением данных изменений в НК РФ, указал следующее: По мнению Департамента, в случае обращения гражданина в медицинскую организацию за получением рецепта на лекарственный препарат, назначенный ему по медицинским показаниям (независимо от условий отпуска лекарственного препарата из аптекных организаций), с целью предъявления рецепта в налоговый орган при оформлении налоговой декларации, отказ в выдаче такого рецепта медицинским работником считаем необоснованным.

Тем не менее учитывая, что главой 23 НК РФ не конкретизированы документы, подтверждающие назначение лечащим врачом лекарственных препаратов для медицинского применения, как и требования к их оформлению, допускаем возможность применения для этих целей рецепта формы №107/у, на котором указанный штамп отсутствует (п. 1 ст. 11 НК РФ, п. 53 ст. 4 Федерального закона от 12.04.10 №61-ФЗ). Однако говорить о безрисковости такого подхода не приходится. Поскольку актуальные разъяснения контролирующих органов по данному вопросу отсутствуют, во избежание налоговых рисков можем рекомендовать налогоплательщику обратиться за разъяснениями в Минфин России или ФНС России (п. 1 ст. 21, п. 1 ст. 32, п. 1 ст. 34.2 НК РФ).

В рассматриваемой ситуации рекомендуем пациенту:

1) письменно обратиться к главврачу лечебного учреждения с просьбой выдать рецептурные бланки по форме №107/у на назначенные лечащим врачом лекарственные средства со штампом «Для налоговых органов РФ, ИНН налогоплательщика». К письму рекомендуем приложить копию указанного письма Минздрава России №25-4/3085695-8611. В письме попросить представить письменный ответ на него. Письмо составить в двух экземплярах, один передать в канцелярию лечебного учреждения, на другом попросить секретаря поставить дату

приема и подпись с расшифровкой должности и фамилии;

2) в случае получения письменного отказа от лечебного учреждения поставить соответствующие штампы на рецептурных бланках обратиться письменно в Департамент здравоохранения Вологодской обл. (160000, г. Вологда, ул. Предтеченская д. 19, Департамент здравоохранения Вологодской области). В письме изложить сложившуюся ситуацию и приложить к нему копию упомянутого письма Минздрава России и копию письма с отказом лечебного учреждения поставить нужные штампы. Обращение можно направить по почте, через сайт (по ссылке:

<https://gov35.ru/form-request/?oigv=107406>) или принести лично в часы приема.

3. Если отказ будет получен и из Департамента здравоохранения Вологодской обл., можно обратиться в Министерство здравоохранения РФ по той же схеме, с приложением писем с отказами, полученными ранее. Обращение может быть направлено по почте (127994, г. Москва, ГСП-4, Рахмановский переулок, д. 3) или через интернет (по ссылке: <https://www.rosminzdrav.ru/reception/appeals/new>).

Эксперт службы Правового консалтинга, профессиональный бухгалтер

Екатерина ЛАЗУКОВА

Имеется ли разница в целях обложения налогом на прибыль имущества, переданного государственному бюджетному учреждению здравоохранения по договору дарения или пожертвования (получает медицинскую технику и медицинские препараты от благотворительных фондов)? Как оформить (каким договором) безвозмездную передачу имущества (это должен быть договор дарения, пожертвования или любой из них)?

Рассмотрев вопрос, мы пришли к следующему выводу:

Заключение договора пожертвования в данном случае позволит учреждению избежать налогообложения дохода в виде стоимости безвозмездно полученного имущества (при соблюдении иных необходимых для этого условий). При заключении же договора дарения у учреждения возникнет обязанность по признанию в налоговом учете внереализационного дохода в связи с безвозмездным получением имущества.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫВОДА:

Объектом налогообложения по налогу на прибыль для российских организаций (к которым относятся и бюджетные учреждения — п. 2 ст. 11 НК РФ), не являющихся участниками консолидированной группы налогоплательщиков, признается полученная ими прибыль, т.е. полученные доходы, уменьшенные на величину произведенных расходов, которые определяются в соответствии с главой 25 НК РФ (п. 1 ст. 247 НК РФ).

К доходам в целях гл. 25 НК РФ относятся доходы от реализации товаров (работ, услуг) и имущественных прав, а также внереализационные доходы, определяемые соответственно в порядке, установленном ст.ст. 249, 250 НК РФ (п. 1 ст. 248 НК РФ).

Внереализационными доходами налогоплательщика признаются, в частности, доходы в виде безвозмездно полученного имущества, за исключением случаев, указанных в ст. 251 НК РФ

(п. 8 ст. 250 НК РФ). Для целей приведенной нормы имущество считается полученным безвозмездно, если его получение не связано с возникновением у получателя обязанности передать имущество (имущественные права) передающему лицу (выполнить для передающего лица работы, оказать передающему лицу услуги) (п. 2 ст. 248 НК РФ).

Безвозмездное получение имущества имеет место при его получении как по договору дарения, так и по договору пожертвования (глава 32 ГК РФ). Соответственно, если иное не предусмотрено ст. 251 НК РФ, при получении налогоплательщиком имущества по любому из этих договоров у него возникает обязанность по признанию в налоговом учете внереализационного дохода, оцениваемого исходя из рыночной цены полученного имущества, но не ниже его остаточной стоимости — по амортизируемому имуществу и не ниже затрат на его производство (приобретение) — по иному имуществу (п. 8 ст. 250, пп. 1 п. 4 ст. 271, п. 2 ст. 273 НК РФ).

В ст. 251 НК РФ приведен закрытый перечень доходов, не подлежащих налогообложению.

Норм, которые могут применяться в данном случае государственным бюджетным учреждением здравоохранения для освобождения от налогообложения доходов при получении имущества по договору дарения, мы не видим.

Вместе с тем согласно п. 2 ст. 251 НК РФ при определении налогооблагаемой прибыли не учитываются целевые поступления (за исключением целевых поступлений в виде подакцизных товаров). К ним относятся целевые поступления на содержание некоммерческих организаций и ведение ими уставной деятельности, поступившие безвозмездно на основании решений органов государственной власти и органов местного самоуправления и решений органов управления государственных внебюджетных фондов, а также целевые поступления от других организаций и (или) физических лиц и использованные указанными получателями по назначению. При этом налогоплательщики — получатели указанных целевых поступлений — обязаны вести раздельный учет доходов (расходов), полученных (понесенных) в рамках целевых поступлений.

К целевым поступлениям на содержание некоммерческих организаций и ведение ими уставной деятельности относятся, в частности, пожертвования, признаваемые таковыми в соответствии с гражданским законодательством РФ.

Бюджетные учреждения признаются некоммерческими организациями в т.ч. для целей применения п. 2 ст. 251 НК РФ (п. 1 ст. 11 НК РФ, ст. 9.2 Федерального закона от 12.01.1996 №7-ФЗ «О некоммерческих организациях»).

Согласно п. 1 ст. 582 ГК РФ пожертвованием признается дарение вещи или права в общеполезных целях. Пожертвования могут делаться в т.ч. медицинским организациям, организациям социального обслуживания и другим аналогичным организациям.

Таким образом, при безвозмездном получении имущества, не являющегося подакцизным товаром (ст. 181 НК РФ), на основании договора пожертвования, которым определено использование этого имущества по определенному назначению, бюджетное учреждение в данном случае получит возможность применить положения пп. 1 п. 2 ст. 251 НК РФ, позволяющие не признавать доход в налоговом учете (дополнительно смотрите также письма Минфина России от 26.12.2018 №03-03-07/94959, от 30.10.2018 №03-03-06/3/77988, от 29.10.2013 №03-03-06/4/46052, письмо УФНС России по г. Москве от 19.10.2011 №16-15/101183@).

Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ, к.э.н.

Дмитрий ИГНАТЬЕВ



www.garant.ru



ВИРУС ЗАСТАВИЛ ФАРМКОМПАНИИ ПЕРЕЙТИ К ПАРТНЕРСТВУ

Сказать, что пандемия COVID-19 изменила работу системы здравоохранения и фарминдустрии, значит не сказать ничего. Дело не только в создании препаратов и вакцины против новой инфекции, но и в изменении подходов к работе и сотрудничеству, которые еще несколько лет назад было сложно представить.

ПАНДЕМИЯ КАК КАТАЛИЗАТОР НОВШЕСТВ

По словам **Владимира Шипкова**, исполнительного директора Ассоциации международных фармацевтических производителей (AIPM), главными задачами для фармоотрасли сегодня являются выработка оптимальных решений по борьбе с COVID-19, поиск и разработка новых вакцин и ЛП, а также обеспечение бесперебойных поставок ЛС, выпускаемых компаниями — членами ассоциации, вне зависимости от места их выпуска. Для этого в марте AIPM направила свои предложения в Правительство РФ, и большинство из них в настоящий момент реализованы. Данные меры способствуют поддержанию поставок, надлежащему обеспечению



пациентов ЛС, упрощению ввоза в нашу страну новых ЛС и проведению новых КИ.

Генеральный директор группы компаний «Р-Фарм», вице-председатель совета директоров AIPM **Василий Игнатьев** выделяет среди



них ускоренное получение разрешений на КИ, когда проблема является социально значимой, переход на электронный документооборот при подаче регистрационных досье и досье на клинические исследования, ускоренную регистрацию лекарственных средств и медизделий, а также проведение инспекций в виртуальном и заявительно-документальном форматах. Эксперт подчеркнул, что хотя многие меры временные, но они уже показали положительный результат, поэтому необходимо разработать критерии, по которым их можно применять в будущем. В. Игнатьев добавил, что сейчас «Р-Фарм» ведет КИ ряда препаратов

— кандидатов в лечение COVID-19. В их числе 2 лекарственных средства, блокирующие циткиновый шторм при среднетяжелом течении коронавируса.

В компании Pfizer ведется работа над 4 потенциальными вакцинами — кандидатами против коронавируса на основе мРНК и разработкой собственной возможной противовирусной терапии. Генеральный директор компании в регионе «Евразия и Прибалтика», член совета директоров AIPM **Эрик Патруйярд** подчеркивает,



что фарминдустрия сейчас работает как одна команда, использует совместный научный опыт, технические навыки и производственные возможности. Именно такой подход поможет быстрее остановить пандемию. В нашей стране Pfizer реализует комплексный план, чья цель — удовлетво-

рение насущных потребностей медицинских организаций, занимающихся сдерживанием распространения коронавируса среди населения.

Что касается обязательной маркировки, то ассоциация также призвала перенести сроки с 1 июля этого года на 1 января 2021 г., поскольку могут появиться проблемы с доступностью лекарств. Кроме того, необходимо продлить действие GMP-сертификатов и проведение дистанционных GMP-инспекций.

Эту инициативу поддерживает и сопредседатель Всероссийского союза пациентов и президент Всероссийского общества гемофилии **Юрий Жулев**. Письмо с соответствующей



просьбой организация уже направила в правительство. Жулев уверен, что в данной ситуации барьеры на пути ЛС от производителя к пациенту должны быть максимально сняты. Кроме того, не все участники системы МДЛП полностью готовы к маркировке, особенно аптеки и ЛПУ.

НЕ КОНКУРЕНТЫ, А ПАРТНЕРЫ

Генеральный директор компании Sanofi в странах Евразийского региона и председатель совета директоров AIPM **Оксана Монж** отме-



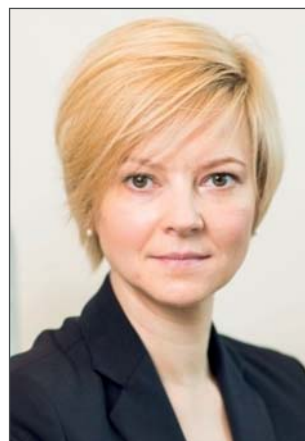
чает, что борьба с пандемией стала ведущей целью для фармацевтических компаний, которые начали переходить от конкуренции к партнерству, не только друг с другом, но и с регуляторами. Благодаря совместной работе быстрее внедряются цифровые инструмен-

ты и форматы работы, а важные регуляторные инициативы рассматриваются и получают одобрение в кратчайшие сроки.

При этом во главе угла должны стоять интересы пациентов, которые могут быстро получить доступ к инновационным методам лечения.

Эксперт надеется, что применяемые сейчас подходы сохранятся и после пандемии.

Генеральный директор ООО «Джонсон & Джонсон», управляющий директор Janssen Россия и СНГ, член совета директоров AIPM **Катерина Погодина** считает, что пандемия на-



глядно продемонстрировала зависимость функционирования государства от устойчивости системы здравоохранения. Несмотря на выявившиеся проблемы, фарминдустрия, регуляторы и пациентское сообщество сумели оперативно начать ди-

алог для их решения. На первый план сегодня выходит быстрая разработка и вывод на рынок инновационных ЛП, и эти процессы окажут положительное влияние на устойчивость системы здравоохранения. Эксперт добавляет, что компания готова активно участвовать в выработке оптимальных решений и инициатив для обеспечения непрерывного доступа к лечению

пациентов с хроническими заболеваниями в условиях внешних вызовов.

В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПАЦИЕНТ

Сегодня из-за ажиотажного спроса на некоторые ЛС и ограничительные меры пациенты с хроническими заболеваниями могут испытывать трудности в получении льготных ЛС. Кроме того, люди не всегда могут получить точную информацию об оказании плановой медпомощи в период пандемии. Как говорит Ю. Жулев, пациенты оказались в трудной ситуации: им необходимо соблюдать самоизоляцию, но при этом несколько раз выходить из дома — сначала получить у врача рецепт, а потом сам препарат в аптеке (если он еще имеется в наличии). Конечно, в некоторых регионах пациентам получить препарат легче — например, его могут принести волонтеры, но такая возможность есть далеко не у всех. Именно поэтому важно внедрять электронные рецепты и предусмотреть возможность доставки рецептурных лекарственных средств.

Из обращений пациентов на горячую линию организации видно, что получить плановую медпомощь пациентам с хроническими заболеваниями в условиях пандемии становится труднее. В связи с этим Всероссийский союз пациентов обратился в правительство, Минздрав и ФФОМС, и теперь в «майских» поручениях Президента России появились 2 пункта, в которых указано, что уровень оказания медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями не может быть нарушен.

ПРИВИВКИ ПРОПУСКАТЬ НЕЛЬЗЯ

Ограничения, касающиеся медицинской помощи, затронули еще одно важное направление — вакцинопрофилактику. Ограничительные меры сохраняются уже несколько месяцев, и во многих российских регионах снижается охват профилактическими прививками и плановая вакцинация становится временно недоступной. Вице-президент и генеральный директор GSK в России, член совета директоров АИРМ **Олег Дубянский** уверен, сегодня необходимо оперативно решать проблемы с оказанием



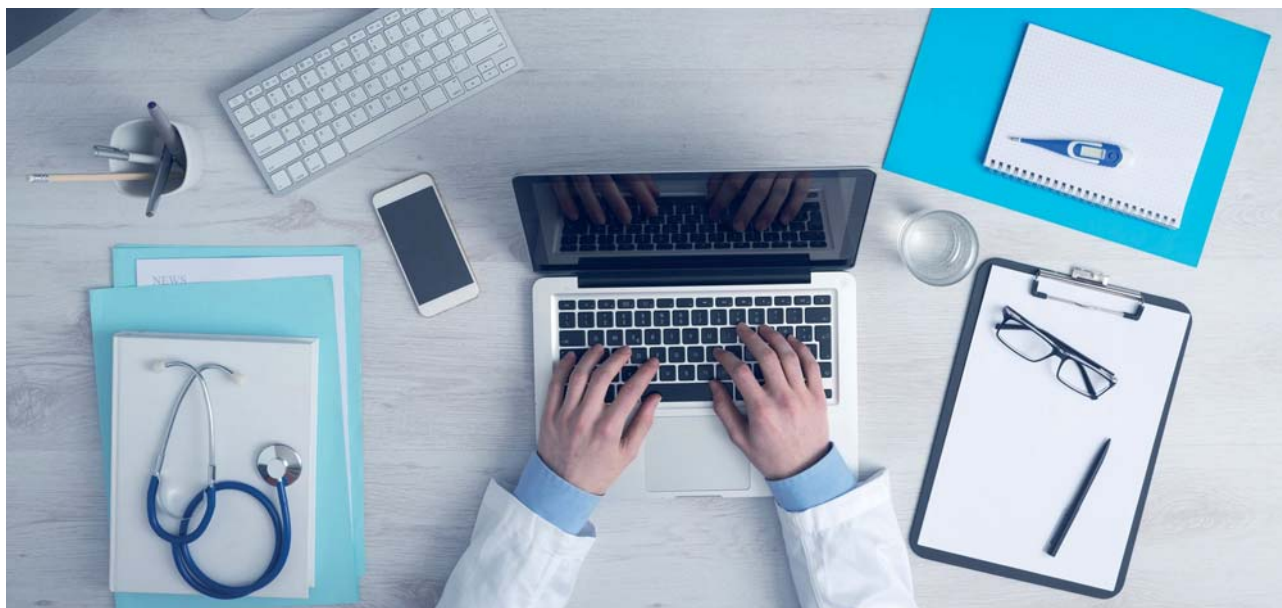
плановой медпомощи, особенно проведением профилактических прививок, иначе при недостаточном охвате ими населения возможен рост заболеваемости вакциноуправляемыми инфекциями. Это увеличит нагрузку на

систему здравоохранения, чего в условиях пандемии нельзя допустить.

В настоящее время Минздрав, руководствуясь позицией ВОЗ, сформулировал свои рекомендации и направил их в регионы для возобновления иммунизации с соблюдением мер предупреждения распространения COVID-19.

По материалам пресс-брифинга Ассоциации международных фармацевтических производителей «Отвечая на вызовы пандемии COVID-19»

Ирина ОБУХОВА



ЕСЛИ ХОЧЕШЬ ПРОДАВАТЬ — ПРОДВИГАЙСЯ!

Стратегия продвижения всегда преследует главную цель — активизацию потребительского спроса. И тут крайне важна правильно выбранная тактика...

Наиболее популярной и эффективной тактикой продвижения любых товаров и услуг по праву считаются коммуникативные воздействия на персонал, партнеров и потребителей. Фармацевтический рынок не является исключением.

ответ на вопрос «Что интересует руководителей фарминдустрии больше всего?».

Главной темой, интересующей представителей высшего менеджмента фармкомпаний, стала «Структура и компоненты мультиканальных коммуникаций в системе продвижения лекарственных средств», она волнует 61,9%.

ЧТО ВАС ИНТЕРЕСУЕТ?

Российская ассоциация фармацевтического маркетинга (РАФМ) провела опрос, давший

Тема	Респонденты, %
Структура и компоненты мультиканальных коммуникаций в системе продвижения лекарственных средств	61,9
Маркетинговые контракты и необходимость их пересмотра	39,7
Государственное регулирование отрасли. Возможные сценарии	38,2
E-commerce — панацея или рутинное развитие?	33,8
Отечественные и зарубежные фармацевтические компании-производители. У кого лучшие перспективы в будущем на нашем рынке?	32,3
Перспективы новых лончей на период посткоронавируса	27,9
Дистрибуторы и аптечные сети. Кто лучше переживает кризис?	20,6
Лекарства и нелекарственный ассортимент	14,7

Интересно, что 4,4% опрошенных руководителей фарминдустрии уже задумались над тем, когда появятся новые жертвы ценовой конкуренции аптек, каковы перспективы безрецептурного рынка лекарственных препаратов в условиях кризиса и как повлияет уменьшение маржинальности компаний-производителей на ассигнование средств для продвижения их продукции.

ВРАЧ — ВСЕМУ ГОЛОВА!

Ситуация с пандемией дала огромный толчок диджитал-технологиям в плане налаживания коммуникаций. При этом их развитие идет по трем основным направлениям:

- «Врачи и аптеки». Имеются в виду коммуникации с врачами и провизорами в различных диджитал-контактах.
- «Конечные потребители». Диджитал используется для продвижения продуктов.
- «E-commerce», когда на просторах фарминдустрии подразумевается дистанционная торговля лекарственными препаратами.

«Особое внимание в нынешних условиях развития фармацевтического рынка нужно уделять коммуникациям с врачами», —

считает руководитель сервисной линии Healthcare компании Ipsos **Олег Фельдман**. При этом он обращает внимание на то, что в структуре контактов с представителями медицинского сообщества произошли ощутимые изменения. Об этом свидетельствует опыт как России, так и других стран в период пандемии. В связи с этим всем представителям фармрынка предстоит включиться в моделирование новых подходов в так называемый посткоронавирусный период.



Олег Фельдман, руководитель сервисной линии Healthcare компании Ipsos.

ИЩЕМ ОТВЕТЫ

Необходимо понять, в какой степени должны трансформироваться подходы в структуре коммуникаций. Для этого фармкомпаниям нужно ответить на три главных вопроса:

1. Есть ли четкое понимание у производителей информации, насколько она будет интересна для врачей?

2. Понять, есть ли наличие свободного времени у врачей.

3. Чем определяется растущая потребность в информации у представителей врачебного сообщества?

Потом следует сформировать ключевые подходы для формирования новых трендов. И тут тоже, по мнению Фельдмана, нужно пройти по определенному алгоритму.

Выяснить, кому важнее, производителям передавать информацию о своих лекарствах или врачам получать ее о них? Кто больше не удовлетворен в потребностях? Например, врачи могут испытывать трудности в получении диджитал-информации из-за отсутствия у них вспомогательных устройств или приложений, улучшающих их работу. Если таковые трудности имеют место, надо узнать, кто именно являются производителями устройств и приложений. И, возможно, сменить кого-то из них...

Очень важно понимать, какая конкретно информация необходима врачу и для чего. А также, кто заинтересован в повышении эффективности работы врача: он сам, пациент, государство, производители или собственники новых бизнесов. И есть ли среди получателей информации те, кто входит в формат Push&Pull, т.е. тот, кто окажется более терпеливым.

А В ЧЕМ ПРОБЛЕМА?

Все маркетинговые факторы, в т.ч. и касающиеся продвижения лекарственных препаратов, теперь придется рассматривать в трех фазах. То, что было до пандемии, во время пандемии и после нее.

В любом случае необходимо учитывать мнения врачей по поводу того, что мешает им изучать информацию по тому или иному лекарственному препарату. Итак, по данным компании Ipsos, специалисты которой провели исследование мнения врачей, выяснилось, что чаще всего сложности у представителей медицинского сообщества возникают по следующим причинам.

Причина	Респонденты, %
Невозможно выделить время для внимательного просмотра контента	37,5
В течение изучения полученной информации все время приходится прерываться на другие дела	36,1
Устают долго смотреть в экран гаджета	32,9
Там, где у врача есть возможность смотреть, он не может включить звук	24,2
Много информации на иностранном языке, который специалист не понимает	13,2
Врачу, как это ни странно, не хватает навыков работы с компьютером или другими гаджетами	10,2

Возникают у врачей и чисто технические, не зависящие от них трудности. Имеются в виду проблемы с доступом к облачным сервисам и попадание писем от фармацевтических компаний в спам. Порой не «проигрывается» видео, не работает flash-анимация.

КТО В АВАНГАРДЕ?

Оказывается, наиболее важными источниками информации в цифровом виде, которыми врачи пользуются постоянно, являются следующие.



Источник информации	Респонденты, %
Интернет-версии справочников (РЛС и т.п.)	34,5
Поисковики и порталы по медицинской информации	22,3
Образовательные порталы и интернет-программы для врачей	16,9
Сайты медицинских периодических изданий	8,5
Социальные сети и форумы для врачей («Доктор на работе», «Мир врача», «Врачи РФ»)	7,3
Мобильные приложения медицинской тематики	6,6
Сайты фармкомпаний, предназначенные специально для врачей	5,9

«БУМАГА» НЕ СДАЕТ ПОЗИЦИИ!

Вот уже не первый год сторонники электронных версий убеждают всех вокруг, что бумажные источники информации уступают гаджетам. В некоторых случаях это действительно так, но далеко не всегда. Бывает, что и «цифра» пасует перед «бумагой». Некоторые объясняют это

консерватизмом медицинской среды и наличием в ней большого количества «возрастных» врачей, которые привыкли все делать по старинке. Вот каковы совсем свежие данные по поводу сравнения частоты использования врачами профессиональной информации в цифровом и печатном виде.

Информация	Цифровой вариант, %	Печатный формат, %
Справочная информация по лекарственным препаратам, их взаимодействиям и совместимости	63,9	31,0
Информация по стандартам и рекомендациям	50,6	43,7
Контент по диагностике, лабораторным и инструментальным методам анализа	44,4	30,9
Пользуются калькуляторами и шкалами (для расчета медицинских показателей и рисков)	42,7	24,6
Примеры тактики лечения сложных случаев	41,5	32,2
Правовые аспекты работы, нормативы работ с льготной категорией пациентов, оформление документации	35,2	30,4
Материалы для пациентов (памятки, буклеты и т.п.)	15,9	55,3

ШКАЛА ИНТЕРЕСОВ

Даже те врачи, которые регулярно просматривают информацию, по-разному оценивают ее полезность.

Лидером по оценке полезности (на радость фармпроизводителям) стала **информация о лекарственных препаратах**. Потом с заметным отрывом последовательно идет контент о вебинарах, научные статьи, образовательные программы, информация о конференциях и выставках, новости медицины, профессиональное общение, информация о правовых аспектах, о компаниях-производителях, консультации с ведущими специалистами и лидерами мнений.

При этом практически все врачи придают большое значение удобству использования интернет-ресурса.

МЕДПРЕДСТАВИТЕЛИ НИКУДА НЕ ДЕЛИСЬ. ДА И НЕ ДЕНУТСЯ!

Медицинские представители по-прежнему являются носителями информации. Конечно,

пандемия, особенно в начале своего шествия по стране и рынку, внесла свои коррективы в этот вид продвижения, но постепенно все становится на свои привычные места. Сначала медпреды, работая «на удаленке», стали выходить на связь с помощью различных электронных устройств. Благодаря им коммуникации **face-to-face** хоть и с помощью гаджетов восстановились (данные мая) на 20%. По другим данным — теперь их доля в общей доставке контента доходит до 34%.

Пандемия показала, что один и тот же медпред может параллельно использовать офлайн-и онлайн-формат. Это для многих стало не только настоящим, но и будущим. И контактировать таким образом теперь можно и нужно не только с врачами, но и с провизорами/фармацевтами, т.к. часто именно последние влияют на решение конечного потребителя. Просто надо правильно оценивать и подбирать площадку.

Конечно, не все медпреды оказались готовы перейти на онлайн-коммуникации, поэтому их первые шаги в этом направлении нужно было прорежиссировать по определенному алгоритму. А тем, кто этого еще не сделал, рассчитывая переждать пандемию, а потом вернуться к прежним личным коммуникациям, эксперты

фармрынка советуют наверстать упущенное. В него входят:

1. Обучение особенностям поведения при дистанционных коммуникациях, в телефонных переговорах, написании e-mail и СМС. И все это с выполнением практических заданий.

2. Разработка контентной стратегии и стратегии распределения визитов, разработка и создание современных форматов short video, Longread, Narrative и др., быстрая адаптация готовых материалов.

3. Использование современной платформы для организации и управления коммуникациями, IT-телефония, e-mail, СМС, триггерные сценарии, система управления базой и контроля персонала.

Многих интересует, есть ли целесообразность идти в этом направлении? Руководители девяти фармкомпаний — участники опроса — уверены, что целесообразно. Ведь так идет большая экономия на проведении мероприятий, командировках, представительских и транспортных расходах, тренингах личного умения общаться. В среднем сокращение финансовых затрат за счет внедрения онлайн-коммуникаций составляет 22,4%. Тут, как и во многом другом, все зависит от конкретной компании, а потому своеобразная «вилка» экономии — от 10 до 34,8%.

Результаты работы медпредов при сочетании традиционных визитов с диджитал-коммуникациями может быть на 40% эффективнее, чем использование лишь одного способа контакта.

И еще — далеко не все врачи рады активно возвращению медпредставителей в формате личных визитов, вот и приходится погружаться в мультиканальные контенты.

ЧТО ПОКАЗАЛА ПАНДЕМИЯ



По мнению генерального директора кадрового агентства RX CODE **Дениса Вязникова**, за период самоизоляции произошло несколько заметных событий.

Во-первых, все активно повернулись в сторону диджитал, включая и тех, кто

ранее всячески противился цифровым технологиям.

Во-вторых, сначала врачи и сотрудники аптек с облегчением выдохнули от резкого снижения количества визитов медицинских представителей. Но потом поняли, что покой им только снится! На врачей и тружеников аптечных сетей обрушилось огромное количество звонков.

В-третьих, количество предлагаемых вебинаров в разы превысило количество ранее проходивших очных мероприятий.

В-четвертых, т.к. в связи с коронавирусом резко упало количество пациентов в амбулаторном звене, вместе с этим и снизились продажи в аптеках, особенно рецептурных лекарственных препаратов.

Уже сейчас становится очевидным, мероприятия в их традиционном формате, включая визиты face-to-face, сохраняются. Но интернет-площадки, опробованные в период самоизоляции, будут развиваться и дальше, тогда как количество телефонных коммуникаций сократится.

ВИРТУАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НЕ ВСЕМ ПО НРАВУ

Пандемия сделала онлайн-образование очень распространенным трендом. Многие фармацевтические компании решили вписаться в ситуацию и стать спонсорами вебинаров, на которых, естественно, продвигались их лекарственные препараты. В связи с этим аналитики фармацевтического рынка провели среди врачей исследование на тему «Можно ли считать текущий формат контактов с фармкомпаниями образованием?».

«Да» сказали 37% врачей, «нет» — 63%.

При этом 32% медиков выразили готовность потреблять информацию о фармацевтических новшествах в электронном виде, 64% — согласились на лаконичную «выжимку», а 4% — вовсе отказались.

Выяснили эксперты и то, в каком формате медикам удобнее всего заниматься образованием.

Образовательный формат	Респонденты, %
Персональная коммуникация с медпредами	11,9
Аудиоподкасты	14,4
Очные мероприятия	32,2
Различные видеоформаты	67,8
Текстовые материалы (статьи, подборки и т.п.)	69,4

Что касается диджитал-коммуникаций, то практически все хотят иметь возможность пользоваться ими в удобное для себя время. Поэтому те мероприятия, которые нельзя посмотреть в записи, не всегда пользуются должным спросом.

Практически все врачи говорят о том, что хотят потреблять контент, не регистрируясь на новых площадках, а лишь на тех, где они уже зарегистрированы. Так, мол, и хлопот меньше, да и личные данные везде и всюду не все хотят оставлять.

А еще медики оказались не против баннерной рекламы на сайтах, которые посещают. Баннеры их не раздражают, даже те, которые далеки от медицинской тематики. В данном опросе участвовали 1176 врачей 20 специальностей.

НЕ ТОЛЬКО ВРАЧИ, НО И ФАРМАЦЕВТЫ НУЖДАЮТСЯ В ИНФОРМАЦИИ!

Итак, разные каналы коммуникаций дополняют и усиливают друг друга. И нужно пользоваться всеми возможными трендами. Ведь, если пустить дело на самотек, можно потерять не только доходность, но и репутацию. У многих пациентов есть проблема с комплаентностью и непонимание того, что именно приверженность к лечению порой играет важнейшую роль.

«По данным опросов, лишь 35–45% пациентов полностью применили весь курс, рекомендованный компанией-производителем. И происходит это потому, что врачи не достаточно информированы о важности именно курсового лечения или же не смогли донести информацию до пациента. Он, почувствовав улучшение, бросает дальнейшую терапию. Бывает, что сокращает дозировку... просто из-за экономии денег. Как результат — недоверие и у врачей, и у пациентов к принимаемому ЛП. А продажи падают в 1,5–2,5 раза»,



— обращает внимание генеральный директор ООО «Лекарственная экосистема» **Герман Иноземцев**.

Хочется добавить, что не только врачи, но и фармацевты, ведущие отпуск ЛП, должны предупреждать потребителя о необходимости строго соблюдать предписания по курсовому приему препарата.

По материалам заседания РАФМ «Структура и компоненты мультисанальных коммуникаций в системе продвижения лекарственных средств: как вписаться в новые реалии»

Марина МАСЛЯЕВА



ГЕДЕОН РИХТЕР

Здоровье — наша миссия

МИССИЯ — ЗАБОТА О ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА

Когда на фармацевтическом рынке появляется информация о компании «Гедеон Рихтер», почему-то представляется огромный лайнер, который идет своим курсом по фармацевтическим морям и океанам, заходя в новые порты-страны, планомерно развивая бизнес, начатый ее основателем Гедеоном Рихтером в далеком 1901 г., и никогда не забывает о провозглашенной им миссии — заботе о здоровье человечества.

НА ПРЕКРАСНОМ ГОЛУБОМ ДУНАЕ

Приобретя в 1901 г. в Будапеште аптеку «Шаш» («Орел»), Гедеон Рихтер основал при ней биологическую лабораторию и за короткий срок освоил процесс изготовления в условиях аптеки шести органотерапевтических препаратов, что было совершенно новым направлением в фармацевтике того времени.

Талант ученого-фармацевта сочетался в этом человеке с незаурядными деловыми способностями и стратегическим мышлением, что позволило ему не только построить завод и наладить выпуск лекарственных препаратов, но и создать хорошо организованную сеть сбыта своей продукции сначала внутри страны, а затем и за рубежом.

С честью пережив все исторические катаклизмы XX в., «Гедеон Рихтер» в наше время является крупнейшей, динамично развивающейся группой компаний, включающей в себя 9 производственных и исследовательских площадок в мире, 29 представительств и более 13 тысяч сотрудников.

БОЛЬШОМУ КОРАБЛЮ — БОЛЬШОЕ ПЛАВАНИЕ

В портфеле компании 200 наименований воспроизведенных и оригинальных препаратов в 400 формах. Продукция «Гедеон Рихтер» представлена в более чем 100 государствах.

В Советский Союз экспорт лекарственных препаратов компании «Гедеон Рихтер» начался

в 1954 г. В 1996 г. руководством компании было принято решение о локализации собственного производства, так в Егорьевском районе Московской обл. появилось дочернее предприятие — «ГЕДЕОН РИХТЕР-РУС», первое иностранное фармацевтическое производство в России. Руководству было понятно, что в долгосрочной перспективе на таком крупном рынке, как Россия, невозможно успешно работать без собственного производства. Строительство было осуществлено в рамках прямой иностранной инвестиции с соблюдением международных стандартов GMP. Большая часть портфеля предприятия — лекарственные препараты, вошедшие в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП).

R&D: В ПОИСКЕ «НОВОЙ ЗЕМЛИ» — НОВОЙ ФОРМУЛЫ

Структура компании «Гедеон Рихтер» продолжает оставаться уникальной по своей полноте: она включает весь цикл фармацевтической деятельности, от поиска новой формулы, исследования действующего вещества и разработки современной технологии собственного производства до реализации конечной продукции.

R&D центр компании является крупнейшей инновационной базой в Центральной и Восточной Европе, располагая штатом из 1200 специалистов и активно сотрудничая с другими фармацевтическими холдингами и ведущими университетами в области фармацевтических исследований. В последние годы работа в области разработки и исследования оригинальных препаратов была сфокусирована

на нейropsychиатрии: оставались неудовлетворенными медицинские потребности в симптоматическом лечении негативных, когнитивных и позитивных симптомов у пациентов с психическим расстройством.

Около 20 млн людей на планете живут с диагнозом «шизофрения», в России — по данным исследования НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (2017 г.), 488,5 тыс.

Это одно из самых затратных для общества заболеваний, государственные затраты на шизофрению в РФ равны 66,5% суммарных медицинских расходов на все психиатрические заболевания. Тема положения в обществе пациентов с диагнозом «шизофрения», а также их родственников, — достаточно острая и болезненная. Доля лиц трудоспособного возраста среди инвалидов вследствие шизофрении — 60%, вместе с тем до 20–30% больных при адекватном лечении достигают степени «социального выздоровления» или ремиссии с минимальной симптоматикой.

Поэтому вполне объяснимо, как актуален запрос на препарат нового поколения, который помог бы справиться с выраженными симптомами и дал шанс пациентам вернуться к полноценной жизни. Ученые исследовательского центра «Гедеон Рихтер» начали изучение D3 дофаминовых рецепторов в 1999 г. Прделанная ими большая работа привела к открытию молекулы карипразина.

Карипразин — действующее вещество препарата, относится к новейшему, второму поколению антипсихотиков (атипичные антипсихотики). Его уникальность заключается в комбинированном влиянии на дофаминовые рецепторы головного мозга, которые помогают

снижать не только позитивную (бред, галлюцинации), но и негативную (апатия, асоциальность, безинициативность) симптоматику.

В 2015 г. FDA зарегистрировало в США препарат Vraylar (карипразин) для лечения шизофрении, маниакальных или смешанных эпизодов, связанных с биполярным расстройством, а в 2019 г. — и для терапии пациентов с биполярной депрессией. В 2017 г. уже Европейское медицинское агентство по лекарственным средствам одобрило регистрационное удостоверение для применения карипразина под брендом «Реагила»® в странах Европейского союза.

В марте 2019 г. препарат пришел в Россию, пройдя регистрацию под тем же брендом «Реагила»®. По сравнению с предыдущими поколениями антипсихотиков, зарегистрированных в России, этот лекарственный препарат обладает еще и более благоприятным профилем безопасности: менее склонен вызывать у пациентов увеличение веса, не провоцирует развитие сахарного диабета, а также снижает риск возникновения сердечно-сосудистых осложнений.

Еще одним уникальным свойством карипразина является большой период полувыведения по сравнению с другими антипсихотиками. Это позволяет максимально сохранить действие препарата у пациентов, которые в силу забывчивости или недостаточной критичности к своему состоянию иногда нарушают схему приема.

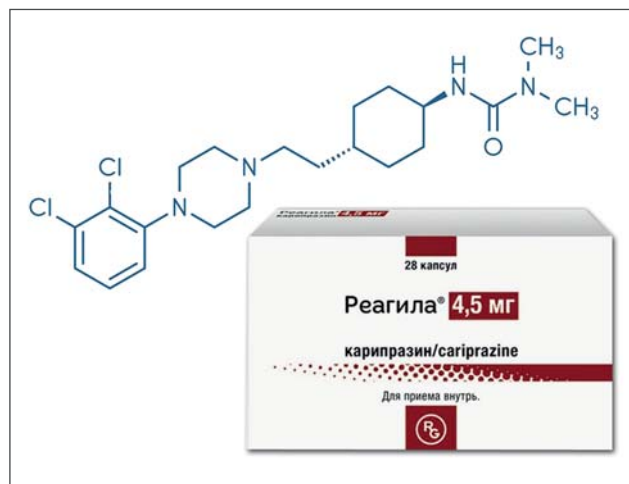
На сегодняшний день препарат, разработанный и производимый компанией «Гедеон Рихтер», зарегистрирован в 26 странах по всему миру, а его эффективность и безопасность доказали более 50 клинических исследований, проведенных в 27 странах.

Однако ЦНС — не единственный фокус компании в вопросе исследований и разработок новых препаратов для лечения и улучшения качества жизни людей. Традиционно «Гедеон Рихтер» имеет большую экспертизу в области гинекологии.

КУРС — РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Репродуктивное здоровье является важной составляющей понятия «здоровье».

Эта область здравоохранения включает в себя не только меры, принимаемые в целях



профилактики заболеваний репродуктивной системы, диагностики и лечения нарушений ее функций и/или процессов в ней. Возможность полноценной и безопасной сексуальной жизни, способность к рождению детей и возможность планирования беременности, используя эффективные средства контрацепции, — это тоже работа о репродуктивном здоровье.

Компания «Гедеон Рихтер» стала одной из первых, кто начал работу по синтезу гормонов и производству гормональных препаратов. Многие препараты известны еще с советских времен, но остаются востребованы и в наше время. При этом на рынок России приходят и инновационные препараты (их в портфеле компании на сегодняшний день более 30 торговых наименований).

Помимо разработки и производства лекарственных средств для женщин, «Гедеон Рихтер» ведет большую просветительскую работу. Так, в 2020 г. уже в пятый раз были представлены результаты ежегодного «Индекса женского здоровья» в рамках социального проекта «Неделя женского здоровья «Гедеон Рихтер». Этот мониторинг ситуации в сфере женского здоровья россиянок в формате всероссийского опроса женщин репродуктивного возраста проводится компанией в партнерстве с ВЦИОМ. Проект является единственным в России исследованием отношения россиянок к своему репродуктивному здоровью.

И хотя в этом году сам социальный проект «Неделя женского здоровья «Гедеон Рихтер» прошел в усеченном формате из-за введенных в стране мер в связи с коронавирусной инфекцией, некоторые его ежегодные активности состоялись. Например, продолжилось сотрудничество «Гедеон Рихтер» с одним из самых посещаемых музеев мира — фармацевтическая компания заботится о красоте и здоровье женских образов из коллекции Государственного Эрмитажа.



P.S.

В наше непростое время корабль «Гедеон Рихтер» идет в своем, давно выбранном фарватере, уверенно чувствуя себя в активном море фармы. Вот и последняя новость, пришедшая из-за рубежа: Richter-Helm Biologics, совместное предприятие Gedeon Richter и Helm AG, созданное для разработки и выпуска высококачественных биотехнологических препаратов с использованием микроорганизмов, объявило о подписании нового соглашения с американской компанией INOVIO о крупномасштабном производстве экспериментальной ДНК-вакцины от COVID-19 — INO-4800. В настоящее время в США она уже проходит I фазу клинических исследований, II и III фазы по оценке ее эффективности могут быть проведены этим летом.

Мог ли Гедеон Рихтер представить, какая долгая и, главное, успешная жизнь будет у его детища? Корабль с его именем — флагман фармотрасли Венгрии — плывет. А миссия — забота о здоровье человечества — выполняется с полным ее осознанием и ответственностью за результат.

Надежда ГАРАМОВА



«ПЛАТИНОВАЯ УНЦИЯ 2019»: ФАРМСООБЩЕСТВО ВЫБРАЛО ЛУЧШИХ

4 июня 2020 г. состоялась торжественная церемония награждения юбилейного XX Всероссийского открытого конкурса профессионалов фармацевтической отрасли «Платиновая унция» — одного из старейших профессиональных конкурсов российского фармацевтического рынка.

Вот уже 20 лет Конкурс путем экспертного голосования определяет сильнейших игроков фармацевтической отрасли, во многом определяя ее тенденции и перспективы. Непредвзятость и прозрачность экспертного голосования гарантирует международная аудиторская компания Ernst&Young, которая уже не один год является аудитором Конкурса.

В этом году провести церемонию в традиционном формате оказалось невозможно по известной всем причине, но это обстоятельство внезапно стало для Конкурса огромным плюсом: событие, которого с нетерпением ждал весь фармацевтический рынок, предстало в совершенно новом виде, ознаменовав не только юбилей, но и переход его на новый уровень.

Формат масштабной интерактивной онлайн-трансляции стал настоящим прорывом для Церемонии и привлек большое внимание к Конкурсу не только фармацевтического сообщества, но аптечного сегмента рынка, а также множества медицинских специалистов — в прямом эфире трансляцию события смотрело несколько тысяч человек.

Некоторые итоги конкурса «Платиновая унция 2019» стали настоящим сюрпризом. Так, в первой же объявленной номинации «Вектор года» (подноминация «Динамика года» — Компания (Коммерческий сектор)) были названы сразу два победителя — ими стали **«Синтез»** и **КРКА**, а в номинации «Препарат года» (подноминация «Рецептурный препарат») многолетнего победителя, компанию «Байер», сменила компания **«Мерк»** и ее «сердечный» препарат «КОНКОР».

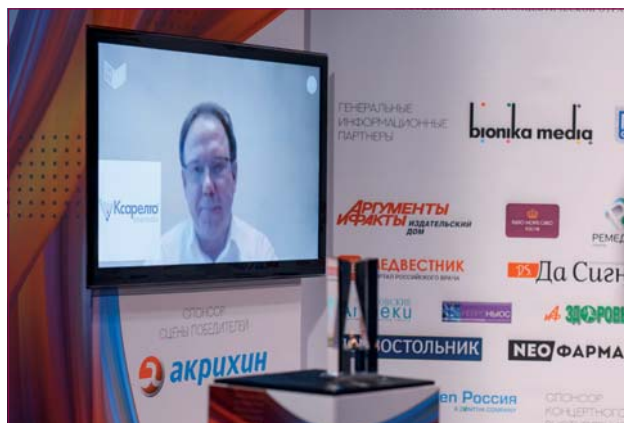
Также Организационный комитет Конкурса принял решение вручить вторую статуэтку в номинации «Препарат года» (подноминация «Безрецептурный препарат») компании **«ТАКЕДА»**. Решение было продиктовано тем, что своим успехом победитель номинации — препарат «Кардиомагнил» — во многом обязан компании «ТАКЕДА», которая являлась владельцем этого бренда вплоть до ноября 2019 г. и вложила много сил и энергии в его продвижение на фармацевтическом рынке.

ПОБЕДИТЕЛИ ПРЕМИИ «ПЛАТИНОВАЯ УНЦИЯ 2019»

Номинация/подноминация	Победитель (компания, препарат)
Вектор года	
«Динамика года» — Компания. Коммерческий сектор	«Синтез» КРКА
«Динамика года» — Компания. Государственный сектор	«Р-фарм»
«Динамика года» — Препарат. Розничный сектор	ЛП «КСАРЕЛТО» («Байер»)
«Динамика года». Препарат — государственный сектор	ЛП «КСАРЕЛТО» («Байер»)
Вектор года	
«Лонч года»	ЛП «ТЕКСАРЕД» («Доктор Рэддис Лабораторис»)
«Проект года». Бизнес-проект	Проект создания научно-производственного предприятия с с ФНЦ исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М.П. Чумакова («Нанолек»)
«Проект года». Диджитал-проект	Проект по созданию цифровой экосистемы для специалистов здравоохранения, компания («Фармстандарт»)
«Проект года». Социальный проект	Проект «Акселератор международной биофармацевтической компании AstraZeneca и Фонда «Сколково»
Коммуникация года	
«Креатив года»	Коммуникационная кампания «Хочу. Могу. Делаю.» для ЛП «Терафлекс» («Байер»)
Коммуникация года	
«Рекламная/маркетинговая кампания»	Бренд «АНГИОРУС» («Синтез»)
Препарат года	
«Рецептурный препарат»	ЛП «КОНКОР» («Мерк»)
«Безрецептурный препарат»	ЛП «КАРДИОМАГНИЛ» («Штада» и «Такеда»)
Компания года	
«Производитель лекарственных средств»	«БАЙЕР»
«Дистрибьютор лекарственных средств»	«ПРОТЕК»
«Аптечная сеть»	«РИГЛА», аптечная сеть
Сделка года	Приобретение компанией «Штада» портфеля брендовых продуктов у «Такеда Фармасьютикл» в Российской Федерации и СНГ
Специальные номинации за вклад в развитие фармацевтической отрасли	
«За смену парадигмы лечения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью»	Медицинское изделие «Альфазокс» компании «Альфасигма»
«За развитие новых технологий в сфере индивидуального подхода к терапии пациентов»	Веб-приложение МуРКFiT для осуществления врачами индивидуального подбора лечения и его коррекции пациентам с гемофилией А компании «Такеда»



Номинация «Вектор года», подноминация «Динамика года»
(Компания. Государственный сектор) победитель —
Компания «Р-фарм» — Быков Александр Васильевич



Номинация «Вектор года»: в двух подноминациях —
«Динамика года». Препарат — государственный сектор
и Препарат — розничный сектор победителем стал
ЛП «Ксарелто» компании «Байер»



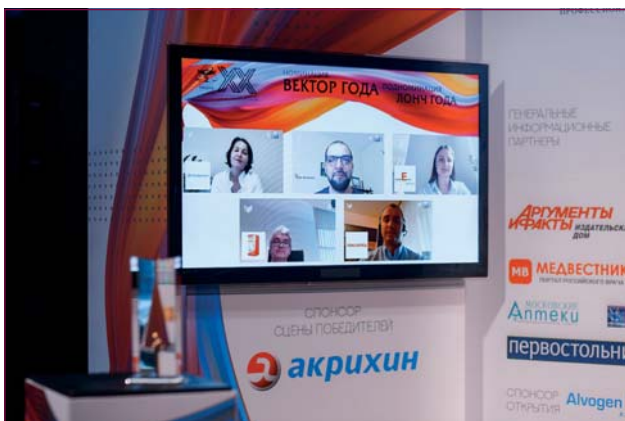
Номинация «Вектор года», подноминация «Динамика года».
Препарат (розничный сектор)

1. Препарат «ВАЛЬСАКОР» компании «КРКА»
2. Препарат «ДОРИТРИЦИН», компании «Медице»
3. Препарат «КСАРЕЛТО», компании «Байер»
4. Препарат «ЛОНГИДАЗА», компании «Петровакс»
5. Препарат «НИМУЛИД», компании «Панацея Биотек»
6. Препарат «ЭЛИКВИС», компании «Пфайзер»



Номинация «Вектор года», подноминация «Динамика года».
Препарат (государственный сектор)

1. Препарат «КИТРУДА» компании «МСД Фармасьютикалс»
2. Препарат «ОПДИВО» компании «Бристол-Майерс Сквибб»
3. Препарат «ТЕЦЕНТРИК» компании «Ф.Хоффманн-Ля Рош»
4. Препарат «КСАРЕЛТО» компании «Байер»
5. Препарат «ЭЛИЗАРИЯ» компании «Генэриум»



Номинация «Вектор года»
подноминация «Лонч года»

1. Препарат «ДЕТРАВЕНОЛ» компании «Озон Фармацевтика»
2. Препарат «КО-ВАМЛОСЕТ» компании «КРКА»
3. Препарат «ЛАЙФЕВИТ» компании «Санофи»
4. Препарат «МИЗОЛ» компании «Эвалар»
5. Препарат «ТЕКСАРЕД» компании «Доктор Реддис Лабораторис»



Номинация «Компания года»
подноминация «Производитель лекарственных средств»

1. Компания «НОВАРТИС»
2. Компания «САНОФИ»
3. Компания «БАЙЕР»
4. Компания «ФАРМСТАНДАРТ»
5. Компания «ШТАДА НИЖФАРМ»

XX юбилейная Церемония получила прекрасную спонсорскую поддержку от коллег по фармацевтическому рынку.

Благодаря компании «Alvogen Россия», которая стала спонсором открытия, зрители насладились феерическим исполнением песни Skyfall

от молодой и невероятно талантливой певицы Серафимы.

Незабываемое концертное выступление Найка Борзова состоялось благодаря поддержке спонсора концертного выступления — компании «Сервье».

Спонсоры мероприятия

Спонсор
открытия

Alvogen Россия
A ZENTIVA COMPANY

Спонсор сцены
победителей

 **акрихин**

Спонсор наборов
победителей

Фосфоглив®

Спонсор концертного
выступления

 **SERVIER**

Общение с победителями поддержал спонсор сцены победителей — компания «АКРИХИН».

Бренд «Фосфоглив» компании «Фармстандарт» стал спонсором наборов победителей Конкурса.

*Подготовлено Оргкомитетом Премии
«Платиновая унция 2019»*



ФАРМРЫНОК: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ И ПРАВОВЫЕ КОЛЛИЗИИ

Самым большим вызовом для фармацевтического рынка остается текущая ситуация с пандемией. Практически во всех странах экономика замедлилась, выход на карантин повлиял на основных поставщиков — Китай и Индию, что в свою очередь затронуло Европу и США и повлияло на экономику нашей страны.

«Слабые места российского фармзаконодательства: пути решения» — тема вебинара, проведенного **Захаром Голантом**, д.э.н., заведующим кафедрой регуляторных отношений и надлежащих практик Санкт-Петербургского государственного химико-фармацевтического университета.



Фармотрасль на этом фоне и система обращения лекарственных средств является невольным бенефициаром. Мы видим невероятные темпы роста, установлен абсолютный рекорд за последние 10 лет по рублевому объему произведенной фарм-

продукции на рынке, то есть I и II квартал 2020 г. именно для фармотрасли были очень успешными. У отдельных производителей на 300–400% увеличился объем производства продукции. Это связано с тем, что очень резко повысился спрос со стороны системы здравоохранения, которая работала с большим перегрузом и нарастила закупку медикаментов. Произошло резкое изменение спроса на конкретные виды оказания

медпомощи: в конце марта была практически приостановлена плановая медпомощь. На номенклатуру это тоже оказывает серьезное влияние. Идет резкий рост на медицинские изделия в том числе. Если вернуться к импорту, то общий объем импорта за 2020 г. составил 108 млрд руб. Видим повышение поставок нерасфасованной продукции, при этом сокращается объем готовых лекарственных средств, изменение структуры.

Если смотреть в разрезе производства и импорта фармсубстанций, то видим резкий рост объема импорта. За январь — апрель 2020 г. на 60% увеличилась динамика поставок субстанций и выросла средняя цена за килограмм. Российские производители выпускают из года в год более высокотехнологичную продукцию, соответственно, стоимость субстанции растет. Если смотреть на объем локального производства субстанций, прирост составил всего 7%.



С точки зрения экспорта лекарственных средств и субстанций наблюдается нормальный рост по объемам экспорта готовых форм и при этом небольшое увеличение объема экспорта субстанций.

Этот экспорт идет в основном в страны — члены ЕАЭС: Казахстан, Киргизию, Армению, Беларусь.

В Китае, который является основным поставщиком субстанций в мире, два последних года идут серьезные экологические преобразования, что приводит к закрытию десятков заводов и к достаточно серьезной дефектуре по номенклатуре. Китай приостанавливал свою экономику на 2 месяца. Производители пытались сделать запас субстанций на этот год, чтобы избежать перебоев с их поставками из Китая.

За последние месяцы очень большая активность идет в Индии по сокращению зависимости от объемов поставок китайских субстанций. Там принята огромная государственная программа по стимулированию выпуска субстанций в Индии как для обеспечения своих собственных заводов, так и для целей экспорта продукции.

В 2010 г. в России была утверждена Стратегия развития «Фарма-2020», которая признана одной из самых успешных государственных программ среди прочих. Фармотрасль — одна из немногих, которая показала серьезные темпы развития за предыдущее десятилетие. На сегодня все готовые современные лекарственные формы, которые обращаются на рынке, производятся в достаточном объеме на территории нашей страны, чего нельзя сказать о фарм субстанциях. В прошлом году рынок ввоза фарм субстанций в РФ составил 130 млрд руб., из которых локальное производство составляло менее 10 млрд руб.

Новый проект уже Стратегии «Фарма-2030» предполагает дальнейшую разработку собственно оригинальной продукции в Российской Федерации, увеличение экспорта фармпродукции и тренд на углубление локализации производства фарм субстанций.

«Фарма-2030» предлагает расширить меры господдержки. Но здесь есть коллизия, которая содержится в законе о промышленной политике, в требованиях заключения специальных инвестиционных контрактов. Оба эти документа направлены на поддержку технологий, при том что очевидно — для фармынка принципиальное значение имеют МНН. Реализация мер поддержки фармотрасли осложняется тем, что вместо того, чтобы поддерживать углубление локализации и вывод новой фармпродукции по МНН, сразу в двух нормативных документах у нас есть серьезный крен на технологии. А каким образом связать технологические компетенции с выпуском по МНН, единой концепции ни в Минпромторге, ни в Минздраве нет.

Система здравоохранения в текущий момент работает с огромным перегрузом. Система ОМС (а это более 95% всех доходов медицинских организаций, почти 500 млрд руб. из полутора триллионов рублей всего фармынка — это сегмент государственного заказа) показала свою слабость. Все, что происходит с госсистемой здравоохранения, очень сильно влияет на фармынок.

Ситуация с пандемией показала слабость текущего нормативного регулирования в системе ОМС. Что произошло сразу после прекращения оказания плановой медпомощи и переключения медицинских организаций во всех субъектах РФ на проблему терапии коронавирусной инфекции? Резко изменилась структура оказания медпомощи. Учреждения здравоохранения вынуждены выставять счета за факт оказания медпомощи. Если таковая не оказана, то счета не выставляются. Это означает, что даже при наличии утвержденных плановых заданий больницы по факту не могут получить средства ОМС. Конечно, в определенном выигрыше оказались те медучреждения, которые оказывали помощь пациентам с коронавирусной инфекцией. Там больших проблем с заведением средств ОМС на счета медорганизаций не было, но для всех других это был достаточно большой стресс.

При отсутствии финансирования были проблемы с выплатой зарплаты медперсоналу и сложности с обеспечением сотрудников средствами индивидуальной защиты. Система ОМС очень плохо проявила себя в условиях пандемии.

Хотелось бы отметить еще несколько коллизий. Есть норма Федерального закона №44-ФЗ, которая еще в 2011 г. ввела возможность закупать некоторые лекарственные средства по МНН. Все совещания, которые на эту тему проводились в Минздраве и Правительстве РФ за последние 8–9 лет, не привели к формированию перечня по МНН. Те медорганизации, которые могут грамотно организовать процесс, у них не возникает проблем с закупкой МНН. Но невозможно в пределах МНН, в случае если различные торговые наименования зарегистрированы и обращаются на территории РФ, выделить какие-то причины, дающие преимущества одним торговым наименованиям перед другими. В феврале — марте этого года было много поручений со стороны правительства, чтобы принять нормативный акт, разрешающий вводить конкретные торговые наименования, которые могут закупаться на торгах.

Второй момент — система ценообразования не выдерживает серьезных стрессов. Из-за резкого колебания курсов валют, резкого изменения структуры потребления мы видим, что не успевает система ценообразования за быстрыми изменениями, что приводит к дефектуре. Методика ценообразования была принята как одна из антикризисных мер в 2010 г. Она принесла больше вреда, чем пользы, к сожалению. Да, она приводит к сдерживанию цены в пределах одного торгового наименования, но когда оно перестает обращаться на рынке, в пределах МНН остаются более дорогие торговые наименования. Методика ценообразования нуждается в серьезной корректировке.

Еще один приказ, который негативно влияет на ситуацию на рынке, это порядок определения начальной максимальной цены. Если цена на аукционе сформирована по результатам предыдущих аукционов и является слишком низкой, то очень большое количество торгов просто физически не может состояться. Изменения в этот приказ должны вноситься таким образом, чтобы отслеживать количество несостоявшихся

торгов. Если мы видим, что, например, в прошлом году такое количество составило 30%, нужно вносить изменения в приказ.

Под флагом облегчения закупок для медорганизаций было введено правило «третий лишний», что является одной из существенных мер поддержки локальных производителей. Но в начале этого года мы увидели, что эта мера практически перестала применяться госзаказчиками, что дополнительно может серьезно повлиять в дальнейшем на эффективность этой меры.

Еще одна коллизия. В прошлом году для развития меры господдержки «третий лишний» было принято постановление Правительства РФ и приказ Минфина РФ о дополнительных преференциях в отношении той фармпродукции, которая произведена из локальных субстанций. В этих документах настолько сложные формулировки, что они по сути неприменимы для того, чтобы госзаказчики в лице больниц могли ими нормально воспользоваться.

Есть две инициативы, которые достаточно серьезно влияют на рынок лекарственных средств. В марте 2020 г. был принят указ Президента РФ о розничной торговле лекарственными средствами, который легализовал дистанционный способ доставки их для пациентов. 16 мая 2020 г. принято постановление Правительства РФ, утверждающего правила выдачи разрешения на осуществление розничной торговли дистанционным способом. Были внесены соответствующие изменения — Федеральный закон от 03.04.20 №105-ФЗ «О внесении изменений в статью 15.1 Федерального закона «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств».

Все эти меры направлены на развитие электронной коммерции, позволяют вести дистанционную торговлю. Это будет серьезно влиять на развитие рынка. Дистанционно нельзя продавать наркотические и психотропные препараты, спиртосодержащие. Сейчас разрешена безрецептурная торговля, но у Правительства РФ есть полномочия в условиях ЧС разрешать торговлю рецептурными препаратами дистанционно.

Если посмотреть на цифры, то за 2019 г. средний чек в сфере онлайн-торговли составил 1670 руб., было оформлено более 51 млн заказов на общую сумму 86 млрд руб. От общего



количества заказов в электронной торговле аптечные составляют 12% и по сумме 5% от общего объема рынка онлайн-продаж.

Один большой фактор влияния, который вызвал большое беспокойство у всего рынка обращения ЛС, — с 1 января 2020 г. должна была быть внедрена система маркировки. Срок перенесен на 1 июля. Коллизии касались в основном технических требований ко всем участникам рынка. Были серьезные обсуждения, какая информация включается в маркировку и для чего? Были проблемы для производителей, потому что плотность и объем кодируемой информации за последние 2 года менялись. Проблемы с программным обеспечением, закупкой оборудования, плотностью картона и пр. Не всегда участникам рынка понятно, зачем заводится в код такой объем информации, зачем нести такие большие издержки. Избыточны требования и по

агрегации продукции, транспортной упаковке. Много вопросов со стороны импортеров, оптовых и розничных фарморганизаций. Производители в данном случае, неся большие издержки в связи с маркировкой, наиболее квалифицированные участники этого процесса. Чего нельзя сказать о других участниках фармрынка. Большие опасения вызывает конечный потребитель (медицинские организации и сам получатель продукции). Трансформация логики внедрения системы маркировки ЛС произошла на 180%. Изначально правительство принимало решение, что маркировка вводится, чтобы конечный потребитель мог проследить все этапы обращения лекарственных средств, для понимания их подлинности.

Сейчас основные издержки несут производители и другие участники фармрынка, а конечный потребитель не может реализовать то, ради чего задумывалась система маркировки, нет четкой прослеживаемости обращения продукции на рынке. Надеюсь, будет восстановлена логика полной прослеживаемости обращения продукции на фармрынке и мы не будем отличаться от других стран, где нет избыточных требований по маркировке, но есть достаточные требования, дающие возможность отследить фармпродукцию на рынке.

По материалам вебинара (организатор: «КатренСтиль»)

Анна ГОНЧАРОВА



XXI ВЕК: НОВАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ

Гандель Виктор Генрихович

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

СИТУАЦИЯ X. COVID-19: НАЧАЛО АПОКАЛИПСИСА ИЛИ СЕЙСМИЧЕСКИЙ УДАР ПО ФУНДАМЕНТУ ЦИВИЛИЗАЦИИ?

Вспышка COVID-19 похожа на ядерный взрыв.

Архиепископ Кентерберийский Джастин Уэлби
(«Гардиан», 18 марта 2020 г.)

Кризис, вызванный распространением коронавирусной инфекции COVID-19, — это не обычный циклический кризис, а удар, способный привести к резкому изменению миропорядка и общественного устройства в отдельных странах.

Александр Аузан, декан экономического факультета МГУ,
учредитель Института национальных проектов (интервью каналу РБК 11 апреля 2020 г.)

Мне кажется, что пандемия поставила под сомнение сам современный капитализм. Люди начинают понимать, что он не дает им того, в чем они действительно нуждаются, например, эффективной системы здравоохранения.

Нассим Талеб, публицист, автор книги «Черный лебедь. Под знаком непредсказуемости»*
(Synergy Online Forum, 17–18 апреля 2020 г.)

Кто сегодня владеет умами человечества, точнее, основной его массы — простых граждан, спешащих утром на работу, а после работы — домой? Ученые? К ним чаще всего не прислушиваются. Политики? Им чаще всего не доверяют. Сегодня люди больше симпатизируют заполняющим досуг блогерам, экстрасенсам, звездам поп-арта, ведущим бесконечные ток-шоу и т.п. Но когда общество сталкивается с «черным лебедем», взоры обращаются к науке, чтобы она объяснила, что случилось, и к политикам — делайте что-нибудь!

В этот раз «черный лебедь» ворвался в форме жестокого коронавируса, поэтому важно послушать и ученых, и политиков, от которых сегодня зависит наша жизнь и наше будущее.

С коронавирусом здравоохранение планеты сталкивается не впервые: в этом веке он атаковал человечество дважды — в 2002 г. SARS (Китай), в 2015 г. — MERS (Саудовская Аравия).

SARS (Severe acute respiratory syndrome, тяжелый острый респираторный синдром — ТОРС) затронул 29 стран: 8098 заболевших, 774 погибших, смертность — 9,56%.

MERS (Middle East respiratory syndrome, ближневосточный респираторный синдром) затронул 23 страны: 2506 заболевших, 912 умерших, смертность — 36,39%.

Данные по COVID-19 меняются ежедневно, так по состоянию на 13 июня 2020 г., новый коронавирус охватил более 200 стран, заразил свыше 7,7 млн человек: смертность пока колеблется от 0,06% в Сингапуре, 0,5% в Исландии, Белоруссии, Казахстане, 1,3% в России до 5,1% в Бразилии, 5,6% в США, до 14,1% в Великобритании, 14,5% в Италии и 16,2% в Бельгии.

Специалисты МО РФ в области радиационной, химической и биологической безопасности определили ситуацию профессионально: «Налицо не просто пандемия SARS-CoV-2, а кризис современной эпидемиологии»^[1].

Очень точная оценка: это не рыночный кризис, не кризис экономики. Это кризис медицины, кризис эпидемиологии. Экономике приходится останавливать, чтобы справиться с медицинским кризисом.

Соберем и представим существующие факты и суждения о происходящем в формате последовательных Эпизодов, позволяющих выстроить целостную картину явления, проанализировать ее, сделать на этой основе предварительные выводы и вынести очевидные уроки.

Интересно поразмышлять о том, как изменится мир после отлета «черного лебедя», как вместо привычных служб станут возникать экосистемы, в которых реальность может превысить ожидания, например, экосистема здравоохранения с более сердечной диагностикой и душевной фармацией, и т.д.

ЭПИЗОД 1. КИТАЙ: КПК VS COVID-19

В Китае, который, по-видимому, сгенерировал этот недуг, ситуация развивалась следующим образом.

30 декабря 2019 г. 34-летний офтальмолог центральной больницы Уханя (12 млн жителей) провинции Хубэй Ли Вэньлян написал своим бывшим однокурсникам в мессенджере WeChat: *«Семеро пациентов, поступивших с городского рынка морепродуктов Хуанань, помещены к нам на карантин. У всех заболевших определен вирус, похожий на тяжелый острый респираторный синдром (SARS)».*

С учетом серьезности ситуации образец вируса был экстренно передан для исследования в уханьский институт вирусологии китайской академии наук, где с 2017 г. функционирует национальная лаборатория P4, сертифицированная по классу биобезопасности BSL-4 для работы с любыми существующими возбудителями, включая вирусы Эбола и Марбург.

Уханьская муниципальная комиссия по здравоохранению выпустила конфиденциальное уведомление для врачей, где сообщалось, что у торговцев с рынка морепродуктов нашли пневмонию неизвестного типа, причем медикам запретили распространяться об этом.

Позднее в социальных сетях появились производящие ужасное впечатление фотографии

с рынка «мокрых» морепродуктов, откуда, предположительно, возникла эпидемия коронавируса^[2].

31 декабря 2019 г. власти Китая сообщили ВОЗ о вспышке неизвестной пневмонии в городе Ухань провинции Хубэй. В тот момент еще не было известно, что новый коронавирус относится к штамму, отличному от SARS.

2 января 2020 г. в институте вирусологии изолировали штамм коронавируса и приступили к изучению последовательности его генома.

3 января 2020 г. Ли Вэньляна вызвали в полицию, где ему и его коллегам по переписке вынесли предупреждение о «распространении слухов в интернете и нарушении общественного порядка». Врача заставили подписать заявление, в котором он пообещал «больше не нарушать законодательство».

7 января китайские ученые установили возбудителя болезни — коронавирус 2019-nCoV: это было предварительное название, сейчас его официально именуют SARS-CoV-2, а заболевание, которое им вызывается, — COVID-19 (аббревиатура от англ. **C**orona **V**irus **D**isease, **19** — последние две цифры года обнаружения).

11 января у доктора Ли появились кашель и высокая температура: офтальмолог заразился от одного из пациентов.

12 января власти Китая поделились с ВОЗ информацией о последовательностях генома 2019 nCoV. 13 января, по данным Китайского центра по контролю и профилактике заболеваний, появился **доступный тест на 2019-nCoV**.

Одновременно был выявлен первый случай заражения за пределами Китая — это была 61-летняя женщина, прилетевшая из Уханя в Бангкок.

19 января газета «Синьцзинбао» сообщила о том, что для выявления коронавируса в аэропорту и на вокзалах города Ухань органами гигиены и санитарного контроля установлены детекторы, использующие разработанный тест. По данным издания, в городе начались проверки в местах массового скопления людей, вдоль ключевых автомагистралей, а также во всех главных транспортных узлах города, куда были направлены специалисты-медики^[3].

Приступили к работе первые 10 госпиталей, срочно подготовленных для больных

с коронавирусом, сообщил на своем сайте городской комитет Уханя по вопросам гигиены и здравоохранения.

20 января, учитывая серьезность поступающих из Китая сведений эпидемиологического характера, ВОЗ заявила о созыве экстренного заседания чрезвычайного комитета на тему вспышки нового вида коронавируса в Китае.

В этот же день эксперт Государственного комитета по вопросам гигиены и здравоохранения КНР Чжун Наньшань сообщил о том, что выявленный в Китае новый тип коронавируса способен передаваться **от человека к человеку**.

Впоследствии в интервью Си-Эн-Эн он отметил, что на начальном этапе пандемии данный факт скрывался местными властями, что позволило сначала США, а затем и их союзникам в Европе, а также Австралии, предъявить Китаю обвинения в сокрытии от мировой общественности ситуации с коронавирусом, о чем будет поведано в отдельном Эпизоде позднее по мере развития событий^[4].

24 января телевидение Китая сообщило о принятом центральным военным советом страны решении подключить к борьбе с новым типом коронавируса Народно-освободительную армию: 450 военных медиков из трех ведущих военных медицинских университетов сухопутных войск, военно-воздушных и военно-морских сил НОАК были направлены в центр вспышки коронавируса; 40 военных врачей приступили к работе в отделении интенсивной терапии пульмонологического госпиталя Уханя^[5].

26 января руководитель Национальной комиссии по здравоохранению КНР Ма Сяовэй сообщил, что контагиозность коронавируса исключительно высока: он может передаваться еще до появления первых симптомов болезни, что **делает особо важным его экстренное выявление на ранних этапах**.

В последних числах января, игнорируя предупреждение полиции, Ли вновь проинформировал коллег в соцсети Weibo об опасном заболевании. В тот момент он уже лежал в больнице, а 1 февраля взятый тест подтвердил, что у доктора коронавирус. Пять дней спустя, в 2:58 часа ночи с четверга на пятницу 7 февраля, он умер: не помогла и процедура ЭКМО (экстракорпоральная мембранная оксигенация), которую применили врачи для спасения коллеги.

«Мне не кажется, что он распространял ложь. Разве сегодня это не стало реальностью?» — заявил впоследствии в беседе с корреспондентом Би-би-си отец Ли. — У меня был замечательный сын»^[6].

Если верить постам на китайском сервисе Pear Video, в июле вдова доктора Ли должна родить ребенка.

Смерть офтальмолога Ли Вэньляна вызвала гнев в китайских соцсетях. В Weibo, китайском аналоге «Твиттера», граждане потребовали от властей посмертно принести близким доктора извинения, а пользователям сети — дать свободу слова.

22 января Ухань был закрыт на карантин, 24 января изолировали прилегающие к Уханю городские округа, но к этому моменту примерно 5 млн человек успели покинуть город и разъехаться по провинциям страны, в т.ч. в третий по величине город Гуанчжоу (10 млн жителей), столицу юго-восточной провинции **Гуандун** (см. ниже), в которой из 114 млн населения к концу пандемии благодаря принятым властями карантинным мерам заболело всего 1475 жителей и лишь 8 скончались.

Раскручивание спирали коронавирусной пневмонии случилось перед длинными выходными в честь китайского нового года, наступившего в 2020 г. в ночь с 23 на 24 января. До начала праздников две трети иностранцев обычно покидают Китай, что, как теперь считается, стало одной из причин распространения заболевания.

24 января была опубликована третья предварительная версия методических рекомендаций с описанием уточненных диагностических признаков COVID-19, подготовленная специалистами народной больницы уханьского университета для проведения дифференциальной диагностики в сложных случаях отсутствия очевидных специфических клинических проявлений (лихорадка и респираторные симптомы) в условиях нарастания неврологической, гастроэнтерологической и офтальмологической симптоматики^[7].

25 января на совещании в ЦК КПК под председательством Генсека Си Цзиньпина была создана головная группа ЦК по борьбе с эпидемией COVID-19, которую возглавил второй по рангу руководитель страны, премьер Госсовета КНР Ли Кэцян.

27 января для наблюдения за работой на месте в провинцию Хубэй направлена уроженка этой провинции, куратор госпрограммы «Здоровый Китай», вице-премьер Госсовета 70-летняя Сунь Чуньлань^[8].

В интервью CCTV мэр Уханя Чжоу Сяньван, по совместительству замсекретаря уханьского горкома КПК, заявил, что городские власти не могли раскрыть информацию о вспышке коронавируса, поскольку было необходимо разрешение центрального правительства. Чжоу признал ответственность за сокрытие информации и решил уйти в отставку, но его заявление было отклонено.

Верховный суд Китая раскритиковал поведение уханьской полиции; полицейские также признали, что допустили ошибку.

К этому моменту китайские ученые выделили возбудителя и установили детальную карту его генома: по генетической последовательности вирус не менее чем на 80% напоминает SARS-CoV, поэтому его назвали SARS-CoV-2.

Официальное название COVID-19 заболевание получило 11 февраля 2020 г. в меморандуме ВОЗ.

Инкубационный период COVID-19 обычно составляет около 5 дней, но может длиться от 2 до 14 дней и более: **заболевание становится остро заразным еще до появления симптомов.**

Один из ведущих китайских вирусологов, руководитель шанхайской экспертной группы по COVID-19 Чжан Вэньхун, определил способы защиты от коронавируса: соблюдение социальной дистанции, ношение медицинской маски и мытье рук с мылом. На основании этих выводов Госкомитет здравоохранения КНР 2 февраля издал **«Шесть руководящих рекомендаций для населения по профилактике пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией»^[9]**, которым повсеместно последовали доверяющие властям законопослушные граждане — это стало одной из причин быстрого и успешного «купирования» недуга в стране. Такой стереотип поведения китайцев назвали **«новой нормальностью»**.

В феврале в качестве оказания гуманитарной помощи Россия поставила в Китай 2 млн медицинских масок, халаты, защитные комбинезоны, медикаменты.

10 марта Председатель КНР Си Цзиньпин посетил Ухань, где в построенной в январе больнице Хуошэньшань пообщался с врачами и пациентом медицинского учреждения по видеосвязи, заявив, что ситуация с коронавирусом в Ухане демонстрирует положительную динамику. На Си была надета медицинская маска.

Стремление поддержать уханьцев подняло волну патриотизма в Китае: на небоскребах и телевышках, на уличных панно и полосах газет, экранах телевизоров, в сети на понятном всей стране диалекте гуаньхуа повторялась фраза «Ухань, держись!», к которой вскоре добавился лозунг «Китай, держись!», адресованный всей стране. Общая беда сплотила китайскую нацию сильнее, чем затяжная торговая война с США.

7 марта правительство Китая пожертвовало ВОЗ 20 млн долл. для поддержки международного сотрудничества в борьбе с эпидемией, а позднее приняло решение выделить наиболее пострадавшим от COVID-19 странам 2 млрд долл.

11 марта 2020 г. ВОЗ объявила, что **вспышка приобрела характер пандемии**, а 13 марта — что ее центр переместился в Европу, в частности в Италию, где ситуация стремительно приобрела угрожающий характер.

Вот как описывает развитие этого «процесса» блогер Вадим Смыслов, редактор мужского журнала GQ; цит. с небольшими сокращениями по сноске: <https://www.gq.ru/society/italy-coronavirus-2020>.

«После начала эпидемии на юге Китая больных развозили по местным больницам, в т.ч. в мемориальную больницу имени Сунь Ятсена в **Гуанчжоу**, где работал доктор Лю Цзяньлунь. После одной из смен вместо того, чтобы направиться в самоизоляцию, врач отправился в Гонконг, куда его пригласили на свадьбу, и поселился в номере 911 в гостинице «Метрополь» (теперь она называется «Метропарк»). За время проживания в отеле Цзяньлунь успел заразить 12 постояльцев и оставил генетические следы, подтверждающие наличие вируса в его организме. Одной из зараженных оказалась стюардесса, готовящаяся к очередной смене — полету из Гонконга в Сингапур. Поскольку инкубационный период коронавируса составляет примерно две недели, девушка не сразу заметила, что с ее организмом что-то неладно: лишь в Сингапуре она обратилась в больницу. Там носителем

коронавируса стал ее терапевт, сразу улетавший на конференцию в Нью-Йорк; но до США врач не добрался — ему стало плохо во время пересадки во Франкфурте. Другие заразившиеся от Цзяньлуна отправились во Вьетнам, Канаду, Ирландию и в те же США: всего за сутки коронавирус распространился минимум на пять стран, а вскоре дал знать о себе в тридцати двух.

Это описание приведено с целью показать, как легко коронавирус преодолел границы государств: в век глобализации свободу передвижения принято считать достижением цивилизации в сфере общения и перемещения людей (а также товаров и услуг). То, что казалось благом и удобством в повседневной жизни, оказалось смертельно опасным в экстремальной ситуации.

Ученые федерального университета штата Баии в Бразилии назвали трансграничные перемещения основной причиной распространения коронавируса на планете.

Комплекс строгих ограничительных мер, решительно предпринятых в Китае, принес свои плоды: 26 апреля в больницах Уханя не осталось ни одного больного, зараженного коронавирусом. С 1 мая отменена часть ограничений на передвижение, постепенно возобновили работу предприятия, транспорт, туристические объекты, учебные заведения, учреждения культуры.

По отчетам центра исследований энергетики и чистого воздуха Китая (CREA), после перезапуска заводов и возвращения трафика на дорогах показатели загрязнения воздуха вернулись к докризисным уровням.

В начале мая в Ухане зарегистрировали несколько новых случаев заболевания коронавирусной инфекцией, провели массовое тестирование жителей.

20 мая власти Уханя запретили в течение 5 лет оборот диких животных: охоту, продажу, употребление в пищу.

В конце мая в провинциях Цзилинь и частично Хэйлунцзян на северо-востоке страны вновь введен карантин для 108 млн населения после обнаружения заражения у 32 человек. Минздрав направил в регион 500 специалистов; 200 тыс. масок, 13,8 тыс. комплектов защитной одежды и 40 тыс. тестов поступили в нужный момент, — отметил замгубернатора провинции Цзилинь Ян Лиминь^[10].

По состоянию на 25 мая в стране сведены к минимуму новые случаи заражения; в целом за весь период пандемии к этому дню заболели 84 095 чел., умерли — 4638 чел., смертность — 5,52%.

Китайские медики приобрели ценный опыт в области изучения механизма возникновения заболевания, его диагностики и лечения, на чем мы подробно остановимся в дальнейшем.

Пекин в сотрудничестве с ООН и ВОЗ приступил к созданию на территории Китая **глобального гуманитарного хаба** по обеспечению стабильности цепочек поставок в страну и за рубеж противоэпидемических средств.

Риск рецидивов остается, случаи заражения не исключены, новые мутации возможны, однако КПК «держит руку на пульсе»: генсек Си Цзиньпин регулярно созывает заседания Постоянного комитета Политбюро ЦК КПК для обсуждения острых проблем, посетил районы наибольшего распространения эпидемии, издал **указ «Жизнь, безопасность и здоровье народа поставить во главу угла»**, ставший императивом для властей. Партийные комитеты в провинциях обязали уделять главное внимание не росту экономических показателей, а обеспечению занятости населения.

Первая волна коронавируса оказалась преодоленной.

Продолжение в МА №7/20

[1] http://www.ng.ru/science/2020-05-07/100_virus07052020.html

[2] <https://www.idelreal.org/a/inside-chinas-controversial-wet-markets/30565424.html>

[3] <https://regnum.ru/news/accidents/2833379.html>

[4] <https://lenta.ru/news/2020/05/17/virus/>

[5] <https://imp-navigator.livejournal.com/894648.html>

[6] <https://www.bbc.com/russian/news-51421523>

[7] http://www.xinhuanet.com/politics/2020-01/24/c_1125500055.htm

[8] Сунь Чуньлань и Татьяна Голикова являются сопредседателями Китайско-российской комиссии по гуманитарному сотрудничеству.

[9] <http://ru.china-embassy.org/rus/kjhz/t1738815.htm>

[10] <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-05-18/over-100-million-in-china-s-northeast-thrown-back-under-lockdown?srnd=coronavirus&sref=Y0jVLCFo>

* Нассим Талеб — американский публицист, экономист и трейдер. Всемирную известность ему принесла книга «Черный лебедь. Под знаком непредсказуемости», вышедшая в 2007 г. Согласно Талебу, почти все события, которые имеют значительные последствия для рынков, глобальной политики и жизни людей, являются совершенно непредсказуемыми.



НПВП — ПРОИЗВОДНЫЕ ПРОПИОНОВОЙ КИСЛОТЫ

Нестероидные противовоспалительные препараты — группа лекарственных средств, обладающих обезболивающим, жаропонижающим и противовоспалительным эффектами, уменьшают боль, лихорадку и воспаление.

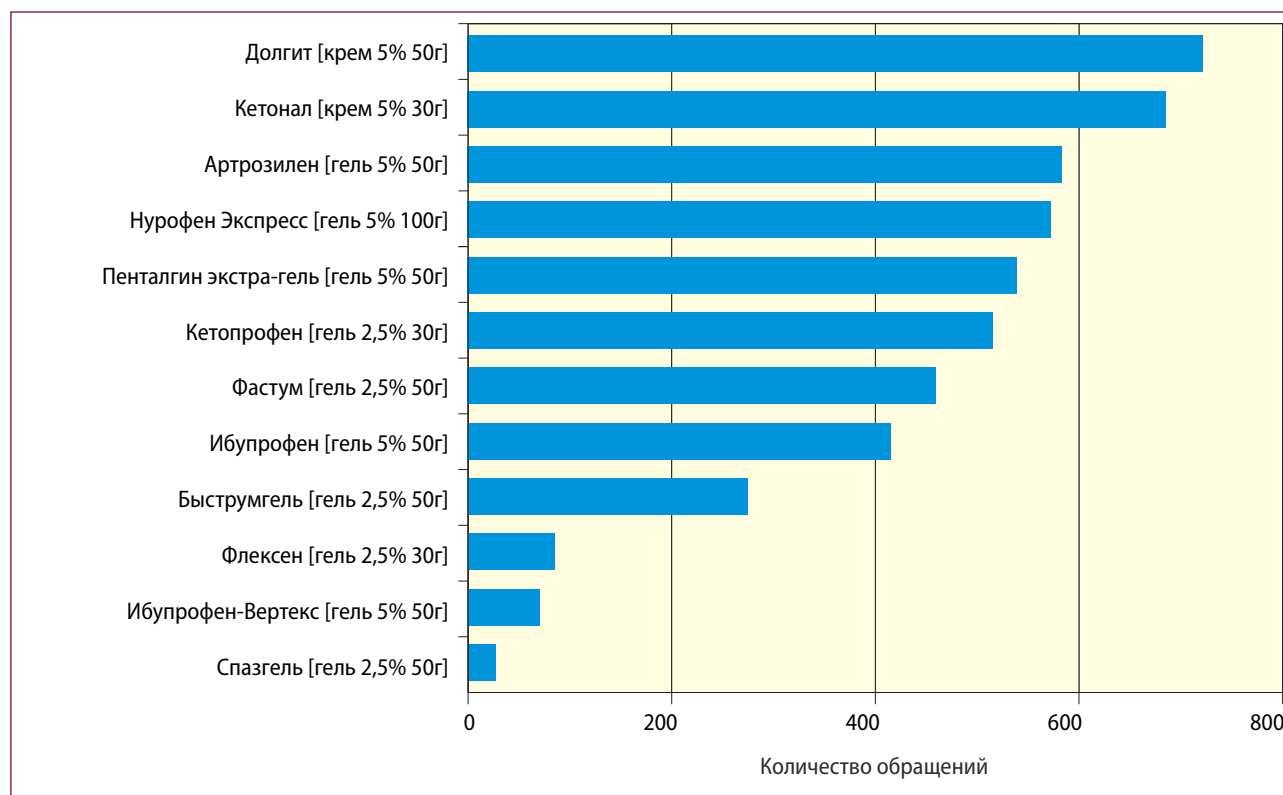
Использование в названии термина «нестероидные» подчеркивает их отличие от глюкокортикоидов, которые обладают не только противовоспалительным эффектом, но и другими, подчас нежелательными, свойствами стероидов.

В зависимости от химической структуры и характера активности существуют НПВП — производные пропионовой кислоты.

Цель исследования — проанализировать спрос и среднюю стоимость лекарственных средств данной группы на основании статистики обращений на сайт [AptekaMos.ru](https://aptekaMos.ru)

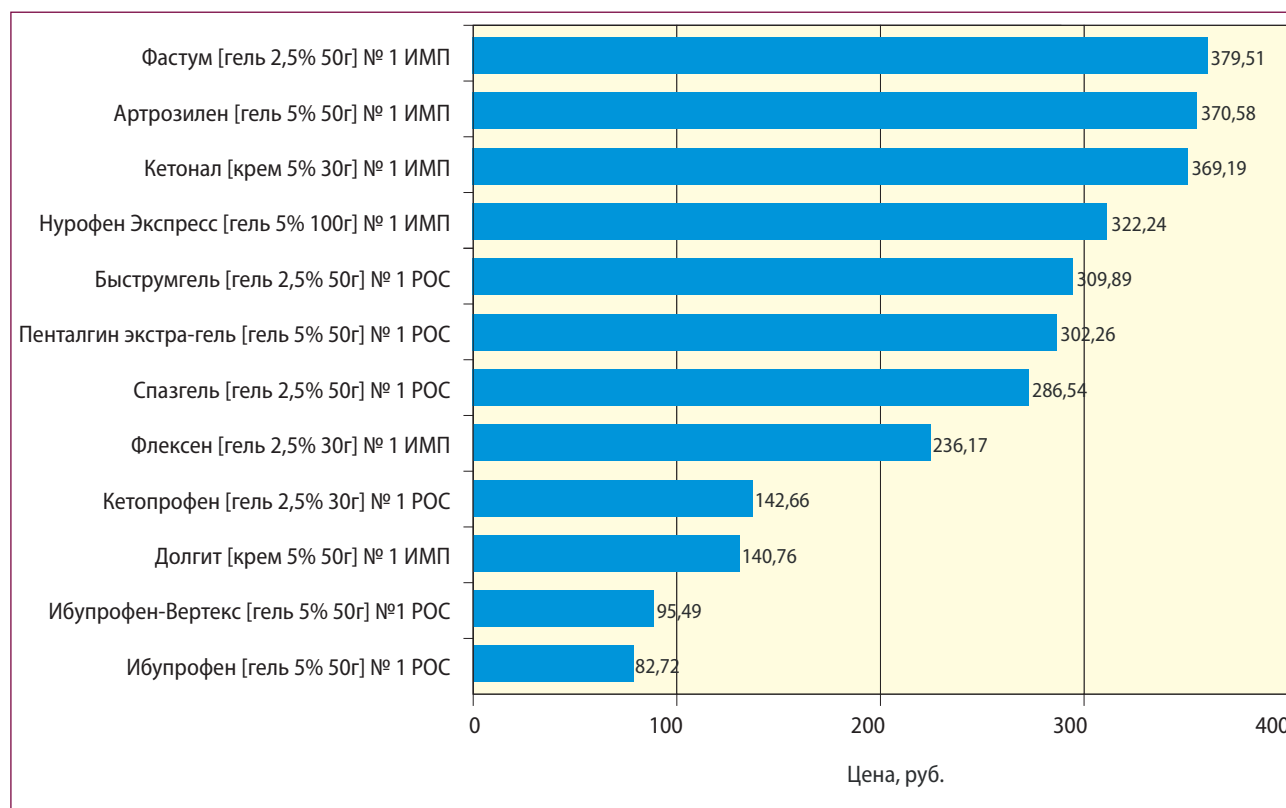
На [рис. 1](#) представлен спрос на препараты данной группы в июне 2020 г. Лидерами спроса являются препараты «Долгит» и «Кетонал».

Рис. 1 СПРОС НА НПВП — ПРОИЗВОДНЫЕ ПРОПИОНОВОЙ КИСЛОТЫ
В ИЮНЕ 2020 г.



На [рис. 2](#) представлены средние розничные цены на НПВП — производные пропионовой кислоты в июне 2020 г.

Рис. 2 **СТОИМОСТЬ НПВП — ПРОИЗВОДНЫЕ ПРОПИОНОВОЙ КИСЛОТЫ**
В ИЮНЕ 2020 г.



ООО «АСофт XXI»



Дмитрий КУЗНЕЦОВ: ОМС НУЖНА ПОЛНОЦЕННАЯ СТРАХОВАЯ МОДЕЛЬ

Пандемия коронавирусной инфекции заставляет задуматься о ряде вопросов, связанных с системой здравоохранения. Значительная часть этих вопросов — организационные.

Своей точкой зрения на сегодняшнюю ситуацию и возможные корректировки в принципах организации медицинской помощи делится вице-президент Всероссийского союза страховщиков **Дмитрий Кузнецов**.

Дмитрий Юрьевич, как Вы в целом можете оценить российскую систему здравоохранения в период эпидемии? Оказалась ли она на высоте?

Пандемия коронавируса стала серьезным испытанием не только для нашей медицины, но и для систем здравоохранения всех стран (равно как и для глобального механизма, выстроенного Всемирной организацией здравоохранения). Насколько эффективным оказалось российское здравоохранение? На этот вопрос еще будет дан ответ. Он требует глубокого экспертного осмысления с привлечением всех заинтересованных сторон — государства, страхового и медицинского сообществ, пациентских организаций. Но если вы спрашиваете о нашей оценке, о мнении страхового сообщества, то она будет довольно высокой.

Для нас очевидно, что российская медицина проявила высокую готовность к противостоянию пандемии новой коронавирусной инфекции. Вовремя были приняты оперативные меры со стороны правительства, что обеспечило сравнительно плавное вхождение в эпидемическую ситуацию. Стационары были оперативно перепрофилированы с учетом возможного роста зараженных. К началу мая в больницах было переоборудовано примерно 127 тыс. коек для приема пациентов с коронавирусом. Это сопоставимо с мерами, принятыми в других странах. При этом сохранялся еще 30-процентный резерв коечного фонда.

Как представитель страхового сообщества не могу не отметить, что такое масштабное перепрофилирование медицинских учреждений могло привести к негативным финансовым

последствиям для них. Но благодаря своевременной корректировке системы финансирования потери медицинских учреждений от сокращения плановой терапии или увеличения нагрузки из-за COVID-19 компенсировались в срок, в т.ч. за счет авансовых платежей со стороны фондов ОМС и страховых компаний.

Страховщики со своей стороны заранее принимали заявки медицинских организаций на авансовые платежи, и это позволило без задержек обеспечить все финансовые потребности медиков. Иногда платежи проводились за один день вместо предусмотренных трех.

В целом все эти месяцы ЛПУ работали бесперебойно. Это значит, что страховая модель справляется с нагрузками.

А какие еще действия предприняли страховые организации в рамках борьбы с эпидемией?

У нас существуют группы риска по коронавирусу — пожилые люди и те, кто страдает хроническими заболеваниями. Они с самого начала введения режима самоизоляции получают от страховщиков полную информацию о том, как себя вести в условиях эпидемии. Страховые медицинские организации организовали это по своей инициативе, переориентировав работу своих колл-центров на приоритетное информирование по вопросам, связанным с коронавирусом. Плюс наладили взаимодействие с горячими линиями региональных структур здравоохранения.

Надо сказать, что созданные колл-центры были очень востребованы. Во многих регионах они стали практически «единым окном обращений»

по многим вопросам, как связанным с получением медицинской помощи, так и выходящим за рамки ОМС. Люди спрашивали о начислении единовременной выплаты, изменении работы транспорта, сложностях, которые возникали у них при обращении на горячую линию регионального штаба и т.д. В меру наших компетенций мы старались помочь всем.

Общими усилиями и медицинские страховщики, и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, и Минздрав, и пресса, и знаменитости, которые подключились к кампании в социальных сетях, все вместе сумели обеспечить граждан необходимой информацией и убедить их ограничить свои передвижения.

Какие слабые места российского здравоохранения, на Ваш взгляд, выявила эпидемия? Как возможно улучшить ситуацию?

Еще раз хочу отметить, что российская система здравоохранения и система обязательного медицинского страхования продемонстрировали, что обладают высоким потенциалом адаптации к различным нестандартным ситуациям. И в то же время вы правы, есть аспекты, которые подлежат реформированию в долгосрочной перспективе.

Я полагаю, что стратегическая цель развития нашего здравоохранения связана все-таки с окончательным погружением классических страховых принципов в существующую модель ОМС. Главным итогом должно стать усиление ответственности страховых медицинских организаций за здоровье граждан, за обеспечение доступности качественной медицинской помощи при соответствующем неформальном получении необходимых прав по работе с медицинскими организациями по всей стране, возможности перенаправления пациентских и финансовых потоков в системе с учетом особенностей каждого из регионов. В этой связи я бы полностью поддержал обсуждаемые в последнее время инициативы создания единой вертикальной структуры фондов ОМС.

Расскажите подробнее, в чем суть этих предложений? Зачем нужна такая вертикальная структура?

Сегодня территориальные фонды ОМС существуют в формате регионального бюджетного учреждения. Руководитель территориального

фонда назначается руководителем субъекта. А значит на решения фонда большее влияние оказывает позиция конкретного региона. И это сказывается на том, что при планировании объемов медицинской помощи и последующего финансирования определяющим фактором может становиться не столько эффективность работы медорганизации, сколько ее принадлежность к региональной системе здравоохранения.

Создание вертикально организованной системы создаст, что называется, общие «правила игры». Единая тарифная политика, унификация административных практик пойдут на пользу застрахованным пациентам, да и медицинским учреждениям и регулятору в лице Минздрава. Все участники системы ОМС будут знать, что в любом конце страны пациент может рассчитывать на одинаковый объем медицинской помощи надлежащего качества. Вот что важно: здоровье людей не будет больше зависеть от настроения конкретного регионального чиновника.

На какие еще вопросы организации здравоохранения важно обратить внимание в настоящее время?

Медицинские страховщики на текущий момент не включены в число участников информационного взаимодействия. И это происходит в ситуации, когда именно страховщики обеспечивают пациентам доступ к медицинской помощи, организуют маршрутизацию, реагируют на обращения и жалобы застрахованных. Такое положение недопустимо.

Выход из ситуации прост: нужно интегрировать страховые медицинские организации в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения. Доступ к ней страховщиков даст возможность застрахованному более полно реализовать свое право на выбор лечебного учреждения — с учетом рейтинга клиники, который будет присваиваться в ЕГИСЗ. В единой информационной системе здравоохранения будет содержаться информация о рейтингах медицинских организаций и медработников. Обладая этой информацией, страховщики смогут предлагать своим застрахованным те медучреждения, которые способны предложить наиболее качественную медпомощь и удобные сервисы. Такая возможность будет стимулировать конкуренцию между лечебными учреждениями, и между страховыми

компаниями. В выигрыше останутся наиболее эффективные медики и страховщики, а главное — каждый застрахованный.

Вы как-то говорили о том, что нашей системе ОМС нужно стать по-настоящему страховой. Что это означает?

Поясню. Это, в общем, не только наше мнение. Здесь я опираюсь на экспертную научную оценку и позицию регулятора страховой отрасли в лице Банка России. Например, Центр политики в сфере здравоохранения Высшей школы экономики сделал прекрасный доклад об ОМС в России. Так вот, эксперты Центра выделили ключевой недостаток нашей модели, который заключается в смешении элементов как страхового, так и бюджетного финансирования. В сегодняшней модели ОМС остается нереализованным принцип конкуренции как между лечебными учреждениями, так и между страховыми медицинскими организациями за каждого пациента.

И сейчас государство пытается компенсировать эту незавершенность страховой модели административным управлением. Но это приводит к тому, что правила распределения финансовых средств зачастую носят неформальный характер, правила постоянно меняются во времени и от региона к региону. Если мы откажемся от административных принципов управления и перейдем, наконец, к полноценной страховой модели, то это повысит эффективность взаимоотношений между врачами и страховыми компаниями в интересах пациента.

На сегодня страховые компании не имеют достаточных возможностей влиять на тарифную политику или перераспределять медицинскую помощь между медицинскими организациями с учетом качества их работы. Надо передать медицинским страховщикам ответственность за финансовый механизм оказания помощи пациенту. Страховщики должны получить возможность влиять на мотивацию медучреждений, составлять их рейтинги и давать пациентам рекомендации по выбору клиники. Они должны обладать правом маршрутизировать пациентопоток, чтобы стимулировать конкуренцию между лечебными учреждениями, обеспечив тем самым повышение эффективности оказываемой помощи.

Экспертиза, которую проводят медицинские страховщики, — это фактически профессиональная обратная связь, которая помогает руководству медицинской организации принимать экспертно проверенные управленческие решения. А кроме того, такая экспертиза способствует повышению справедливости в оплате труда медицинского персонала. Благодаря экспертизе страховых представителей, врач, который работает «на совесть», получает аргументы в пользу повышения зарплаты.

Дополнительно стоит отметить, что инструменты страхования могут быть крайне полезны при разрешении конфликтных ситуаций между врачом и пациентом — для защиты как интересов медработников, так и имущественных прав граждан. В сочетании с декриминализацией статей законодательства, по которым следственные органы рассматривают претензии к медработникам, это многократно ускорит и облегчит процесс разрешения конфликтов без привлечения правоохранительных органов.

И как Вы видите механизм перехода к такой полноценной страховой модели?

Переход к такой модели не должен быть одномоментным. Это сложный вопрос, он требует всестороннего обсуждения. Лишь после достижения консенсуса между участниками системы здравоохранения — государством, фондами ОМС, врачебным и страховым сообществом, пациентскими организациями, можно будет апробировать инновационные предложения в нескольких регионах в виде «пилотов», чтобы отработать механизм масштабирования на всю страну.

Не следует забывать, что по разным причинам, будь то эпидемия коронавируса или рецессия экономики — плановые показатели и сроки реализации национальных проектов не выдерживаются. Не исключено, что теперь, на фоне постепенного выхода из пандемии, потребуются содержательная корректировка приоритетов Национального проекта. Нас всех ждет серьезная и, надеюсь, плодотворная совместная работа.

Екатерина АЛТАЙСКАЯ



ГУСТАЯ КРОВЬ — ИСТОЧНИК ПОВЫШЕННОЙ ОПАСНОСТИ!

Практически при каждом заболевании или диспансеризации человека направляют на анализ крови. И любое отклонение от нормы в полученных данных настораживает врача. «Густая кровь» — не исключение. Об этом мы беседовали с врачом-кардиологом АО «Медицина» (клиника академика Ройтберга), к.м.н., членом Acute Cardiovascular Care Association (ASSA) **Денисом Соколовым**.

Денис Владимирович, «густая кровь» — понятие обывательское. Как оно звучит на медицинском языке?



В медицинской практике данное состояние называется повышением вязкости крови и зависит от соотношения количества форменных элементов и плазмы крови. Кровь человека состоит из форменных элементов (лейкоцитов, эритроцитов, тромбоцитов) и жидкой части

(плазмы). В норме часть форменных элементов составляет не менее 40 и не более 45%. Если это количество увеличивается, речь идет о повышенной вязкости крови.

Угрожает ли «густая кровь» здоровью или жизни человека?

Угрожает. Дело в том, что повышенная вязкость крови негативно влияет на состояние

сердца, сосудов и всех внутренних органов, т.к. при наличии такого состояния возникает угроза образования тромбов.

Главное осложнение, которое провоцирует повышенная вязкость крови, — это формирование сгустков (тромбов) в кровеносном русле. Они перекрывают движение по глубоким венам и сосудам конечностей, внутренних органов, головного мозга. В результате повышенная вязкость крови может быть причиной ряда заболеваний — ишемического инсульта, инфаркта миокарда, тромбоэмболии легочной артерии, тромбоза вен и артерий нижних конечностей, ряда внутренних органов. Это очень опасно. Ведь острые нарушения коронарного и мозгового кровообращения, легочная тромбоэмболия становятся причинами летальных исходов, если предрасположенность к тромбозам своевременно не обнаружена и не начато лечение.

Известны ли причины, которые приводят к повышению вязкости крови? И кто в группе риска?

Такие причины известны, их несколько. Например, к повышенной вязкости крови нередко

приводит обезвоживание организма. Оно возникает, если человек не пьет достаточного количества воды при интенсивных физических нагрузках и жарком климате. Диарея, рвота, отравления, ряд соматических заболеваний также провоцируют обезвоживание и сгущение крови.

Хронические заболевания бронхолегочной системы, при которых происходит увеличенный синтез форменных элементов крови, — еще один фактор риска для сгущения крови.

Нарушения обменных процессов в форме макроглобулинемии (злокачественное гематологическое заболевание), несахарного и сахарного диабета, метаболический синдром (проявляется нарушением обмена жиров и углеводов), ожирение тоже являются триггером повышенной вязкости крови. К этой же группе причин относится и амилоидоз, при котором в организме начинает синтезироваться особый, «ненормальный» белок — *амилоид*. Он откладывается во всех тканях и органах, нарушая их работу.

Диагностируется повышенная вязкость крови и при повышенной функции селезенки, многих онкологических заболеваниях.

Люди какого возраста, образа жизни и рода занятий чаще подвержены «густой» крови?

Риск повышенной вязкости крови возрастает у лиц пожилого возраста. Это объяснимо: с годами накапливаются хронические заболевания, замедляется метаболизм. Люди с ожирением также находятся в зоне риска. Люди, работающие в жарких погодных условиях и в помещениях с повышенной температурой воздуха, тоже имеют высокий риск загущения крови.

Могут ли лекарственные препараты провоцировать сгущение крови?

Да, это возможно. Загущение крови может возникнуть из-за бесконтрольного приема или передозировки мочегонных лекарственных препаратов (фуросемид, торасемид, спиронолактон), т.к. это приводит к обезвоживанию организма.

У женщин имеется специфический фактор риска — использование оральных контрацептивов. Тут дело в том, что эстрогенный компонент, присутствующий в таких противозачаточных препаратах, стимулирует активность свертывающей системы крови. В связи с этим при приеме

контрацептивов свертываемость крови значительно увеличивается.

Есть данные, что препараты для лечения эректильной дисфункции также провоцируют сгущение крови.

Что же делать, отказаться от приема столь нужных препаратов?

Нет, конечно. Просто нужно и перед их назначением, и в период приема сдать все анализы и пройти обследования, назначенные лечащим врачом. И строго придерживаться правил приема препаратов, не допуская их передозировку.

Существуют ли какие-то проявления «густой» крови, которые должны насторожить человека?

Признаками повышенной вязкости крови могут быть головокружение, шум в голове, головная боль с ощущением тяжести, нарушение четкости зрения, онемение пальцев. Это может сопровождаться тошнотой, нарушением сна, рассеянностью, плохим аппетитом, покалыванием в голенях и сухостью во рту.

Частые инфекционные заболевания тоже должны насторожить. Ведь из-за сгущения крови нарушается кровообращение во внутренних органах, что, в свою очередь, приводит к ухудшению пищеварительной функции кишечника и дефициту питательных веществ. Итогом становится неустойчивость организма к вирусным и бактериальным возбудителям.

Повышенная вязкость крови может сопровождаться и сухостью кожи, ломкостью ногтей, а также истончением и выпадением волос. Это опять же происходит из-за недостаточного кровоснабжения тканей и нарушения микроциркуляции.

Холодные конечности — еще одно проявление. Объясняется это тем, что при повышенной вязкости ухудшается кровообращение. А это препятствует нормальному кровотоку.

К врачу какой специальности нужно обратиться в связи с проблемой «густой» крови?

Для начала — к терапевту, семейному врачу или врачу общей практики. Само лечение повышенной вязкости крови должно быть комплексным и проводиться с участием врача-специалиста. В частности, кардиолога, а в отдельных случаях — гематолога.

Какие анализы нужно сделать, чтобы выявить повышенную вязкость крови?

Чтобы диагностировать повышенную или пониженную вязкость крови, пациенту необходимо сдать клинический анализ крови, который выявит количество эритроцитов, гемоглобина, скорость оседания эритроцитов и прочие показатели. Еще один обязательный анализ — **гематокрит**.

Что это за анализ?

Показания гематокрита в точности отражают объем крови, который приходится на красные кровяные тельца (эритроциты). Кроме этого, анализ отражает размер клеток эритроцитов. Нормальные значения гематокрита зависят от пола человека и его возраста. Так, для взрослого мужчины он составляет 40–48%, для взрослой женщины — 36–46%, для новорожденного ребенка — до 60%, для детей до 13 лет — до 38–40%. Если значения повышены хотя бы на 0,55%, то пациентам ставят диагноз «**высокий гематокрит**».

Какие еще анализы надо выполнить?

В ряде случаев в клинической лаборатории используется определение длительности кровотечения и определения свертываемости крови. Время свертываемости описывает, насколько быстро образуются тромбы, способность тромбоцитов прилипать друг к другу, а также дает информацию врачу о том, за какое время при нарушении целостности сосудистых стенок организм будет заделана течь.

Еще необходимо выполнить коагулограмму. Это исследование представляет собой комплексную лабораторную оценку состояния гемостаза. А гемостаз — это комплекс физиологических процессов, благодаря которому происходит

остановка кровопотери в случае повреждения сосудистой стенки, а также поддержание крови в жидком состоянии.

Как проходит лечение слишком вязкой крови?

Для понижения количества форменных элементов и снижения вязкости крови пациенту требуется специальная терапия, включающая лечение патологии, спровоцировавшей это состояние. Кроме этого, больному назначают диету и специфические препараты. Какой-то определенной схемы терапии не существует. Тактика лечения всегда зависит от клинической картины у пациента. К общим принципам борьбы с высокой вязкостью относят коррекцию метаболических процессов, профилактику образования тромбов, лечение новообразований кроветворной ткани.

Какие лекарственные препараты применяют для уменьшения вязкости крови?

К медикаментозным средствам, уменьшающим вязкость крови и снижающим тромбообразование, относятся **антиагреганты** и **антикоагулянты**. Такие, как ацетилсалициловая кислота, клопидогрел, варфарин, абигатран, ривароксабан, апиксабан, гепарин и мн. др. Эти препараты назначаются исключительно лечащим врачом и принимаются строго по показаниям в индивидуальном порядке. Самостоятельное назначение может привести к негативным последствиям. Например, лекарства на основе аспирина имеют высокую эффективность для нормализации консистенции крови, но запрещены для использования пациентам с отклонениями в функциях ЖКТ — при гастритах, язвенных болезнях. Так как эти препараты негативно воздействуют на слизистую оболочку внутренних органов.

Опасно ли, в свою очередь, чрезмерное разжижение крови?

Конечно, избыточное разжижение крови опасно, т.к. оно способно вызвать кровотечения. А те, в свою очередь, могут стать серьезной угрозой для жизни.

Важно ли придерживаться определенного вида питания для разжижения крови?

Обязательно. Так, нужна специальная диета с достаточным потреблением жидкости. Она уменьшит вязкость крови. Кроме того, понизить



повышенную густоту крови помогают следующие продукты:

- ягоды (черника, черешня, клубника, белая и красная смородина, крыжовник, клюква);
- фрукты — апельсины, лимоны, персики, яблоки;
- овощи — огурцы, помидоры, свекла;
- специи — чеснок, имбирь, перец, корица;
- черный шоколад, какао, кофе.

Можно ли использовать для разжижения крови народные средства?

С разрешения врача можно попробовать вспомогательное лечение с помощью народных средств с учетом целебных свойств некоторых трав и растений. Например, разжижающими кровь свойствами обладает трава желтого донника, ягоды боярышника, корень валерианы, мелисса, узколистный кипрей и др.

Хорошим разжижающим и противотромботическим свойством обладает масло льна. Продукт помогает наладить метаболические процессы, вывести излишки холестерина, предотвратить развитие атеросклероза.

Что лучше — заготавливать лечебные травы самостоятельно или покупать их в аптечной сети?

Самостоятельная заготовка лекарственных трав требует специальных знаний. Поэтому проще и лучше покупать травяные сборы в аптеке. Ведь не зря они называются лекарственными. А все лекарства продаются именно в аптечных сетях.

И еще. Если вы самостоятельно решили принимать лечебные травы, обязательно предупредите об этом своего лечащего врача. Дело в том, что одновременный прием трав и лекарственных препаратов нередко оказывает либо

активизирующее действие на организм, либо напротив — нивелирующее.

Могут ли для разжижения крови помочь пиявки?

В отдельных случаях используется гирудотерапия. И как вспомогательное средство пиявки могут помочь. Пиявки, впрыскивая слюну, содержащую множество различных ферментов (в т.ч. гирудин), способны улучшить свойства крови и уменьшить ее вязкость. Кроме того, применение пиявок оказывает на организм механическое воздействие, которое заключается в уменьшении количества крови в месте ее прикрепления, что ведет к снижению давления и перераспределению жидкости в организме.

Но помогает гирудотерапия далеко не всем. Есть у этого метода и противопоказания. Поэтому использовать его можно строго по рекомендациям врача.

Что Вы можете посоветовать в качестве профилактики «густой» крови?

Первым делом необходимо наладить правильный питьевой режим. О вреде обезвоживания известно многое. Недостаток воды сказывается не только на работе органов и систем, но и на вязкости крови. Именно обезвоживание часто становится причиной развития синдрома повышенной вязкости крови. Для его предупреждения рекомендуется ежедневно выпивать не менее 30 мл чистой воды на 1 кг веса. Если по какой-то причине человек не пьет простую воду, а заменяет ее чаем, соками или компотами, то объем потребляемой жидкости должен быть выше.

Курение и прием алкогольных напитков способствуют значительному сгущению крови. Именно поэтому людям с «густой» кровью рекомендуется отказаться от этих вредных привычек.

Показана регулярная физическая активность. Нужно больше двигаться, гулять пешком на свежем воздухе. Занятия плаванием, езда на велосипеде тоже подойдут.

Также необходима профилактика и лечение хронических заболеваний. Особенно связанных с бронхолегочной системой, нарушениями обменных процессов, несладкого и сахарного диабета, ожирением, неправильной работой селезенки.



И, конечно, необходимо правильно питаться. Ведь есть продукты, которые провоцируют сгущение крови. В частности, это мясные бульоны, колбасы и копчености, студень, белый хлеб, сливки, чечевица, бананы и соленья.

С осторожностью нужно использовать и лечебные травы. Например, зверобой, валериана, крапива и тысячелистник тоже могут стать провокаторами «густой» крови.

Сейчас лето. Опасна ли жара для обладателей «густой» крови?

Жаркая погода является существенным фактором риска загущения крови. Особенно она представляет опасность для лиц в группах

риска, о которых я говорил выше. Вот почему так важно по возможности избегать выхода на улицу в жару, находиться в прохладном помещении и восполнять потери жидкости достаточным питьевым режимом.

Донорство — вредно или полезно для тех, у кого кровь слишком густая?

Если нет противопоказаний для того, чтобы стать донором, станьте им! Так вы принесете пользу не только нуждающимся в ней людям, но и себе. Ведь учеными доказано, что вязкость крови после кровопускания уменьшается на 20–30%. А это — очень хорошо!

Марина МАСЛЯЕВА



ЧАЙ НА ВСЕ СЛУЧАИ ЖИЗНИ: АССОРТИМЕНТ АПТЕК

Фиточай — наиболее простой, эффективный и доступный вариант для того, чтобы улучшить самочувствие и настроение. Кроме того, фиточаи являются хорошей профилактикой от различных недугов. Ведь ценные свойства целебных растений с успехом применялись в давние времена и пользуются популярностью и по сей день, поскольку доказали свой оздоровительный эффект.

СОЗДАНИЕ ФИТОЧАЯ

Технология создания растительных напитков состоит, в первую очередь, из подбора травяных сборов, для изготовления которых используются традиционные рецепты народной медицины, а также современные научно обоснованные рекомендации официальной медицины. Каждая из компаний-производителей имеет своего квалифицированного специалиста-фитотерапевта, а часто целый штат сотрудников (в зависимости от объемов производства) и обладает собственной заготовительной базой. Эти меры позволяют добиться высокой эффективности готовых чайных сборов и высокого качества сырья.

В процессе производства фиточаев имеют значение:

- Организация производства на уровне лучших мировых предприятий.
- Выверенная на практике технология сушки, упаковки и хранения сборов, которая позволяет гарантировать покупателям высокое качество, отсутствие посторонних примесей, а также

эффективность и хорошие вкусовые качества фитопродукции.

Нужно отметить, что сегодня в ассортименте аптек представлены **три группы фиточаев**, которые отличаются по своему составу:

- **Моночай** — представляет собой напиток, состоящий из одного лекарственного растения.
- **Травяной сбор** — состоит из тщательно подобранной смеси нескольких лекарственных трав.
- **Чай на основе чайного листа с травами** — традиционный чайный лист, обогащенный лекарственными растениями.

КАК ОПРЕДЕЛИТЬСЯ С ВЫБОРОМ ФИТОЧАЯ

Решив приобрести тот или иной фиточай, важно внимательно ознакомиться с его описанием и специфическими особенностями.

Как правило, большинство из представленных травяных сборов создаются производителями таким образом, чтобы продукция приносила максимальный положительный

эффект для лечения того или иного заболевания.

Однако, несмотря на все сертификаты, очень важно учитывать индивидуальные потребности, особенности, предрасположенности организма к указанным заболеваниям. Во-первых, в состав сбора не должны входить компоненты, вызывающие аллергические реакции. Во-вторых, важно учитывать, что травы могут обладать различными побочными действиями, поэтому необходимо начинать курс лечения фиточаем после консультации с лечащим врачом.

СВОЙСТВА И СОСТАВ

Современная коллекция фиточаев настолько многообразна, что трудно себе представить проблему, с которой она бы не справилась. Правильно подобранный чай, состоящий полностью из природных веществ, поможет:

- укрепить иммунитет;
- поддержит организм в тонусе;
- ускорит процесс реабилитации после длительного заболевания и т.д.

Правильно подобранный фиточай считается абсолютно безопасным и полезным для здоровья детей и взрослых.

При приобретении данных средств следует обратить внимание, что качественный натуральный продукт не должен содержать химических отдушек, синтетических красителей и консервантов, усилителей вкуса и других небезопасных компонентов.

Хорошая продукция этой категории от надежного производителя включает 100% натуральные составляющие:

- травы;
- цветы и соцветия;
- плоды или части плодов;
- листья или другие части растения.

При выборе любого фиточая необходимо изучить информацию на упаковке; ознакомиться с составом продукта; обратить внимание на показания к применению и возможные противопоказания.

ПРИРОДНЫЕ ЛЕКАРИ

Различные лекарственные растения, а также многокомпонентные сборы из них применяются с разными лечебными целями. Производители предлагают специальные средства, предназначенные для терапии и профилактики определенных заболеваний, а также полезные чаи для укрепления здоровья, которые могут применяться всеми пациентами.

При выборе чая из лекарственных растений необходимо учитывать, с какими задачами он должен справиться. Существует огромное количество различных напитков, которые применяются для профилактики или в комплексной терапии многих заболеваний:

- Сердечно-сосудистые.
- Мочевыводящих путей (почки, мочевой пузырь).
- Желудочно-кишечного тракта (кишечник, желудок, поджелудочная железа, желчный пузырь).
- Печени.
- Эндокринной системы (включая и сахарный диабет).
- Нервной системы (бессонницу, раздражительность, перепады настроения, скачки кровяного давления).
- Вегетососудистую дистонию.
- Артериальную гипертензию.
- Гипотонию.
- Астению (упадок сил).
- Авитаминоз.
- Ожирение и пр.

Чаи входят в состав комплексного лечения, а могут применяться как самостоятельное средство.

Неудивительно, что многие врачи рекомендуют своим пациентам различные травяные напитки в качестве эффективного дополнения к комплексной медицинской терапии. А для



того, чтобы фиточай полностью раскрыл свою целительную силу и можно было почувствовать мощный общеоздоровительный эффект, производители советуют проводить лечение регулярными курсами; чередовать разные по своему составу фиточаи; обогащать прием продуктами пчеловодства, экстрактами ягод и плодов (варенье, сиропы и т.д.).

Фиточай — это непередаваемый букет запахов и вкуса, который позволяет в полной мере насладиться целебным напитком, и во многом превосходит традиционный напиток из чайного листа.

Но главное его достоинство заключается в положительном воздействии на различные системы человеческого организма.

Очень важно применять и заваривать любой фиточай согласно инструкции, соблюдая дозы, правила приема и условия хранения. Следует использовать только качественную чистую воду.

Таким образом повысятся лечебные и вкусовые характеристики напитка. Травяные напитки не относятся к настоям и отварам, требующим длительного настаивания. Для приготовления целебного и вкусного чая понадобится всего несколько минут.

САМЫЕ ВОСТРЕБОВАННЫЕ ФИТОЧАИ

Современные фитосборы, созданные для борьбы с различными заболеваниями и их профилактики, разработаны из наиболее эффективных трав, применяемых в народной медицине.

- Для борьбы с повышенным содержанием холестерина в крови, оздоровления сердечно-сосудистой системы в состав фиточаев включают многие известные растения, которые, кроме того, обладают хорошими иммуностимулирующими свойствами.

Клевер снижает уровень холестерина, укрепляет стенки кровеносных сосудов, повышает их эластичность и снижает проницаемость, способствует очищению крови и лимфы.

Бессмертник очищает сосуды от холестерина, известен своими желчегонными, спазмолитическими, противовоспалительными, антибактериальными свойствами.

Боярышник нормализует уровень холестерина, предотвращает образование атеросклеротических бляшек.

Липа снижает уровень сахара в крови, ускоряет обменные процессы.

Шиповник известен антиоксидантными свойствами, укрепляет сердечно-сосудистую систему, выводит из организма шлаки и токсины, улучшает пищеварение, укрепляет иммунитет.

Солодка способствует исчезновению холестериновых бляшек, обладает противовирусным, адаптогенным, противовоспалительными свойствами.

Ромашка оказывает успокоительное воздействие, снимает раздражение и напряжение.

Имбирь повышает энергию, придает тонус, укрепляет иммунитет, кроме этого — улучшает пищеварение и ускоряет обмен веществ, а, следовательно, способствует похудению.

- Для похудения. Такие чаи помогают контролировать массу тела, активизируют процессы углеводного и белкового обмена, усиливают функциональную активность кишечника, почек, печени, способствуют нормализации обмена веществ.

Листья кассии (сенны) — известное слабительное средство, способствует выведению шлаков и токсинов, позволяет быстрое очищение кишечника без болевых ощущений.

Листья смородины — поливитаминное средство, содержат большое количество витамина С, обладают общеукрепляющим и тонизирующим действием, улучшают пищеварение.

Плоды рябины — это целый комплекс витаминов и минералов, оказывают мочегонное и желчегонное действие, благотворно влияют на работу желудочно-кишечного тракта и его микрофлору.



Листья березы — обладают мочегонным, желчегонным действием, являются общеукрепляющим средством, улучшающим деятельность желудочно-кишечного тракта.

Рыльца кукурузы — понижают аппетит. Используются во время курса лечения избыточного веса, имеют мочегонное, желчегонное, противовоспалительное действие, при отеках различной природы, нормализуют обмен веществ.

Трава володушки — усиливает деятельность поджелудочной железы и печени, действует как слабительное и тонизирующее средство.

Листья подорожника — используются для улучшения работы желудочно-кишечного тракта.

Плоды кориандра — снимают спазмы, успокаивают, стимулируют восстановление поврежденных тканей, используются как слабительное средство.

Листья мяты — снижают чрезмерные процессы брожения и гниения в кишечнике. Успокаивают, полезны после приема жирной и трудноперевариваемой пищи.

Зеленый кофе способствует снижению веса и помогает удерживать его в пределах нормы, повышает общий тонус организма. Этот компонент содержит хлорогеновую кислоту, которая является мощным антиоксидантом, а также способствует эффективному расщеплению жиров.

- Другая не менее важная категория растительных чаев создана для избавления от усталости, для восстановления сил и энергии, а также снятия нервного напряжения. В наш стремительный век очень важно иметь такое подспорье,



которое поможет противостоять стрессу, повысит тонус и укрепит иммунитет.

Травы и растения, входящие в состав подобных сборов, обладают успокаивающим действием, не дают размножаться вредоносным вирусам и бактериям, повышают сопротивляемость организма, избавляют от бессонницы, головных болей, неврозозов, снижают усталость и утомляемость (чабрец, эхинацея, шиповник, фиалка, солодка, липа и др.).

- Помимо этого существуют фитонапитки, нормализующие работу печени, почек, желудка и кишечника, поджелудочной железы; гинекологические чаи для женщин, служащие профилактикой многих заболеваний (мастопатия, киста, эрозия, миома матки, эндометриоз, нарушение менструального цикла и т.д.). Прекрасным эффектом обладают фиточаи для комплексного лечения заболеваний дыхательных путей и профилактики простудных заболеваний.

Руководствуясь полученными знаниями, можно выбрать наиболее приемлемый фитонапиток и поддерживать свое здоровье.

Софья МИЛОВАНОВА

XI Практическая конференция

«Pharmabrand-2020. Стратегии продвижения фармацевтических товаров и брендов»

14 сентября 2020 г., Radisson Collection Hotel, Москва

Составьте свой маркетинг-микс из эффективных инструментов продвижения!

РЕАЛЬНО ИНТЕРАКТИВНЫЕ ФОРМАТЫ: challenge-сессия, фарм-баттл «Чужой против Хищника», мастер-класс и многое другое.

ПРАКТИКА: реальный опыт от лидеров мнений фарминдустрии. БЕЗ РЕКЛАМЫ И ТЕОРЕТИЗИРОВАНИЙ!

БЕРИ И ПРИМЕНЯЙ: успехи и ошибки, инсайты и компромиссы в продвижении бренда, оценка эффективности каждого из каналов — опыт, который поможет вам оставаться лидером.

ПРОЛОНГИРОВАННЫЙ ЭФФЕКТ: Ваш билет включает в себя доступ к слайдам и записям презентаций докладчиков, которые вы можете использовать в своих маркетинговых инициативах круглый год.

Аудитория: директора бизнес-юнитов, директора по маркетингу и рекламе, бренд-менеджеры, директора по e-commerce, продакт-менеджеры российских и международных производителей фармацевтических препаратов.



Регистрация на сайте: infor-media.ru

Подробности по тел. +7 495 995-80-04 и по e-mail e.pronenko@infor-media.ru

РЕК

XII Международная конференция

«Что происходит на фармацевтическом рынке?»

14 сентября 2020 г., Radisson Collection Hotel, Москва



ГЛАВНЫЕ ТЕМЫ:

КОМУ АПОКАЛИПСИС, А КОМУ НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ?

Новая реальность фармацевтического рынка России. Анализ постпандемической ситуации. Как пандемия изменила спрос на лекарства? Перспективы завершения 2020 года и прогнозы на 2021

КОРРЕКТИРОВКА ЦЕЛЕЙ:

повлияла ли ситуация с пандемией на стратегию ФАРМА2030, будут ли корректироваться ее цели и задачи? Как государство поддерживает фармацевтическую отрасль?

СМЕНА ПАРАДИГМЫ:

новые рынки, новые поставщики, новые каналы и форматы сбыта

НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОДУШКА БЕЗОПАСНОСТИ.

Производство субстанций в России — шаги к импортонезависимости

ЦЕНА ВОПРОСА:

перерегистрация цен и новая методика ценообразования — поправки к правилам и меры, позволяющие обеспечить рентабельность производства лекарственных препаратов

ЗОНА НАПРЯЖЕННОСТИ:

легализация параллельного импорта — плюсы и минусы

ОЧЕВИДНАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ:

поможет ли цифровая трансформация выйти из кризиса и найти точки роста?

Регистрация на сайте: infor-media.ru

Подробности по тел. +7 495 995-80-04 и по e-mail e.pronenko@infor-media.ru

РЕК

XV АПТЕЧНЫЙ САММИТ**«Новая аптечная реальность в России и СНГ»**

15 сентября 2020 г., Radisson Collection Hotel, Москва

**ГЛАВНЫЕ ВОПРОСЫ:****ХРОНИКИ ВЫЖИВШИХ.**

Выйти из штопора и выжить в кризис. Как преодолели разрыв кэш-флоу? Как ситуация сказалась на среднем чеке? Платежеспособность граждан: есть ли деньги? Как выстроить отношения с банком? Как обслуживать долги? Можно ли сгладить неприятные последствия кризиса?

ПРАВО НА ЖИЗНЬ ДЛЯ МАЛОГО И СРЕДНЕГО БИЗНЕСА:

новая череда слияний и поглощений? Пути развития — объединение с глобалистами или собственный частный опыт?

НОВЫЙ АПТЕЧНЫЙ АССОРТИМЕНТ:

чему нас научила самоизоляция? Будет ли пересмотр формата и ассортимента? Ждать ли сокращений на полках БАД и косметики? Что останется на полках для гарантии продаж, а что будет вымыто?

ПЛАН Б И ПАРТНЕРСТВО С ДИСТРИБУТОРАМИ:

жесткий контроль товарного запаса, адекватность закупок, условия отгрузки, контроль ценообразования — что изменилось?

ШАГ НАВСТРЕЧУ:

повышение лояльности покупателей. Дилемма сервиса: клиент всегда прав! Сотрудник всегда не прав?

ПРЕОДОЛЕВАЯ ДИСТАНЦИЮ.

Переосмысление аптек: кто мы сегодня? Аптека — место скорби и/или пункт выдачи заказов агрегаторов? Первые результаты работы дистанционной торговли.

Регистрация на сайте: infor-media.ruПодробности по тел. +7 495 995-80-04 и по e-mail e.pronenko@infor-media.ru**БАД-EXPO**

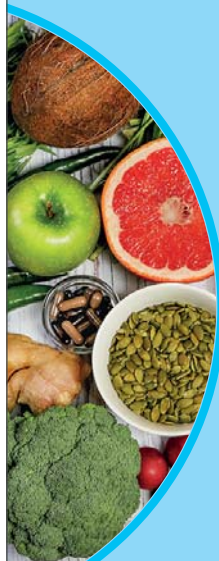
Москва • ИнфоПространство

**29-31
ОКТАБРЯ
2020**

**МЕЖДУНАРОДНАЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
ВЫСТАВКА
БИОАКТИВНЫХ ДОБАВОК
И ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ**

baa-expo.ru

Москва • ИнфоПространство

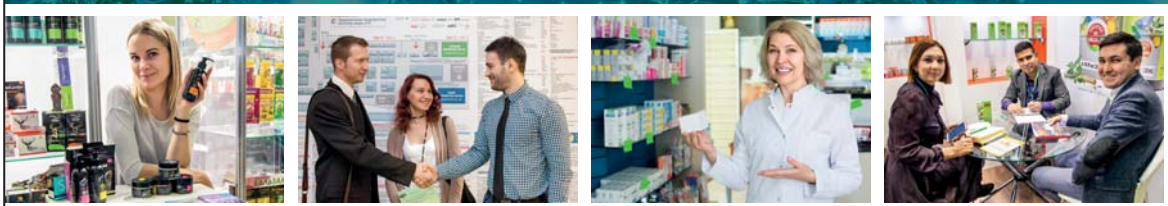


27-Я МЕЖДУНАРОДНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА

аптека

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕЛОВОЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ФОРУМ

2020



КЛЮЧЕВОЕ
СОБЫТИЕ
РОССИЙСКОГО
АПТЕЧНОГО
РЫНКА

+7 (495) 925-65-61 / 62
info@artekaexpo.ru

ARTEKAEXPO.RU

7-10 ДЕКАБРЯ • МОСКВА • ЦВК "ЭКСПОЦЕНТР"

ОРГАНИЗАТОР



ЕВРОЭКСПО

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ

МИНПРОМТОРГ
РОССИИ

Реклама 0+

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

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

Ответственность за достоверность сведений в рекламе и объявлениях несет рекламодатель.

Рукописи не рецензируются и не возвращаются. Использование материалов газеты в любом виде, включая электронные, разрешается только с письменного согласия редакции.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Все рекламируемые товары подлежат обязательной регистрации и декларированию соответствия.

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

Учредитель

Некоммерческое партнерство
«Редакция газеты «Московские аптеки»

Издатель

Некоммерческое партнерство
«Редакция газеты «Московские аптеки»

Адрес редакции

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

Свидетельство о регистрации

№ 019126 от 21.07.1999
Государственного Комитета Российской
Федерации по печати

Главный редактор

Лактионова Е. С.

Заместитель главного редактора

Стогова Н. М.

Компьютерный дизайн и верстка

Руфова А. К.

Реклама

ООО «АСофт XXI»
8 (495) 720-87-05

Периодичность

Газета выходит 1 раз в месяц

Интернет-версия газеты

mosapteki.ru