

## ТЕМА НОМЕРА



## МАРКИРОВКА: ЧТО КОД ПРИШЕДШИЙ НАМ ГОТОВИТ?

«Гладко было на бумаге, да забыли про овраги», — в теории часто все кажется понятным и объясняет необходимость задуманного, практика обычно опровергает эти оптимистичные прогнозы и надежды. Фармацевтической отрасли по этим «оврагам» еще предстоит проходить какое-то неопределенное время в связи со стартом с 1 июля системы мониторинга движения лекарственных препаратов с их обязательной маркировкой.

При этом обсуждается рекомендация Росздравнадзору до 1 октября не применять административные санкции к предприятиям и организациям, которые не успели подключиться к системе МДЛП по объективным причинам, связанным с пандемией. Также подписаны нормативные акты, дающие правительству возможность устанавливать особый порядок ввода в оборот немаркированных препаратов, произведенных в период с 1 июля по 1 октября 2020 г. А ЦРПТ обещает гарантировать пациенту доступность лекарства даже при технических сложностях — например, при отключении интернета в аптеке.

## АНОНС



### ДИСТАНЦИОННАЯ ТОРГОВЛЯ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В рамках онлайн-конференции специалисты обсудили законодательные аспекты, связанные с организацией онлайн-торговли и доставки лекарственных препаратов.

Каковы требования к компаниям, планирующим создание интернет-аптеки в соответствии с Федеральным законом №105-ФЗ? Кому доверить доставку? Как правильно реализовать маркированный товар онлайн?



### ДИСТАНЦИЯ ОБУЧЕНИЮ НЕ ПРЕГРАДА, А ВОЗМОЖНОСТЬ

С началом пандемии COVID-19 многим компаниям пришлось перейти на удаленный режим работы и адаптировать бизнес-процессы к новым условиям. Это отразилось и на обучении персонала, которое должно быть непрерывным и эффективным, иначе это плохо скажется на развитии компании и компетенции сотрудников. О том, как поддерживать его на должном уровне, рассказали эксперты.

## ТЕМА НОМЕРА

	<b>МАРКИРОВКА: ЧТО КОД ПРИШЕДШИЙ НАМ ГОТОВИТ?</b>	<b>3</b>
---	---	----------

## АПТЕКА

	<b>РАЙОН МАРЬИНА РОЩА: УДОВЛЕТВОРЯТЬ СПРОС — ГЛАВНОЕ</b>	<b>28</b>
---	--	-----------

	<b>Марина Макарова: «МЫ ПОМОГАЕМ ЛЮДЯМ ВЫЗДРАВЛИВАТЬ!»</b>	<b>36</b>
---	--	-----------

	<b>ТОНКОСТИ РАБОТЫ С ТЕРМОЛАБИЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В АПТЕКЕ</b>	<b>41</b>
--	---	-----------

	<b>АНТИХЕЛИКОБАКТЕР- НЫЕ СРЕДСТВА</b>	<b>46</b>
---	---	-----------

	<b>ВОПРОС — ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ</b>	<b>49</b>
---	--	-----------

## ФАРМРЫНОК

	<b>ДИСТАНЦИОННАЯ ТОРГОВЛЯ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ</b>	<b>53</b>
---	---	-----------

	<b>ДИСТАНЦИЯ ОБУЧЕ- НИЮ НЕ ПРЕГРАДА, А ВОЗМОЖНОСТЬ</b>	<b>57</b>
---	--	-----------

	<b>ОТМЕНИТЬ И ДВИГАТЬСЯ ДАЛЬШЕ</b>	<b>61</b>
---	--	-----------

	<b>COVID МЕНЯЕТ ВЗГЛЯД НА БУДУЩЕЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ</b>	<b>66</b>
--	--	-----------

	<b>XXI ВЕК: НОВАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ. СИТУАЦИЯ X</b>	<b>71</b>
--	---	-----------

	<b>ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА: НАИБОЛЬШИЙ СПРОС ВО II кв. 2020 г.</b>	<b>76</b>
--	---	-----------

## ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

	<b>ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ОМС — ВСЕГДА ЕСТЬ, ЧТО УЛУЧШАТЬ В РАБОТЕ</b>	<b>78</b>
---	---	-----------

	<b>ЧТОБЫ РЕБЕНОК СЛЫШАЛ ЭТОТ МИР</b>	<b>82</b>
--	--	-----------

## ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ

	<b>АПТЕЧНАЯ КОСМЕТИКА ДЛЯ ЛИЦА: УХОД И ЛЕЧЕНИЕ</b>	<b>85</b>
--	--	-----------

	<b>ДВА ОКОШКА В МИР: ВСЕ О КОНТАКТНЫХ ЛИНЗАХ</b>	<b>89</b>
--	--	-----------

## СПЕЦМЕРОПРИЯТИЯ

	<b>СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ</b>	<b>92</b>
--	---	-----------



## МАРКИРОВКА: ЧТО КОД ПРИШЕДШИЙ НАМ ГОТОВИТ?

«Гладко было на бумаге, да забыли про овраги», — в теории часто все кажется понятным и объясняет необходимость задуманного, практика обычно опровергает эти оптимистичные прогнозы и надежды. Фармацевтической отрасли по этим «оврагам» еще предстоит походить какое-то неопределенное время в связи со стартом с 1 июля системы мониторинга движения лекарственных препаратов с их обязательной маркировкой.

При этом обсуждается рекомендация Росздравнадзору до 1 октября не применять административные санкции к предприятиям и организациям, которые не успели подключиться к системе МДЛП по объективным причинам, связанным с пандемией. Также подписаны нормативные акты, дающие правительству возможность устанавливать особый порядок ввода в оборот немаркированных препаратов, произведенных в период с 1 июля по 1 октября 2020 г. А ЦРПТ обещает гарантировать пациенту доступность лекарства даже при технических сложностях — например, при отключении интернета в аптеке.

В то же время стоит обратить внимание на вступающие в силу с первого июля новые положения КоАП: они предусматривают административный штраф за непредоставление или несвоевременное предоставление сведений в систему МДЛП (от 50 до 100 тыс. руб. для юридических лиц). Готовятся и другие поправки в Кодекс. Что касается специальных налоговых режимов ЕНВД и ПСН, их судьба пока под вопросом.

**Андрей Кухаренко**, директор по развитию ГК «Технологии холодной цепи», весьма категоричен в своем мнении: «Маркировка в существующем виде не приносит ожидаемой пользы для бизнеса: доступ к информации о движении препаратов субъектам движения по-прежнему не предоставлен. В таком варианте система

*рискует превратиться в разновидность нового «гибридного» налога, который должны будут заплатить абсолютно все участники лекарственного рынка (и, конечно, пациенты). Терабайты информации будут накапливаться в мощных BIG-DATA-центрах, но при этом не смогут получить должного практического применения.*

*В то же время у регулятора появится возможность быстрого «исключения» из товародвижения упаковок, партий, серий и наименований препаратов. Также станет возможным приостанавливать деятельность определенных участников рынка путем блокировки их товаропотоков. Но это в долгосрочной перспективе. А вот в краткосрочной — вероятно, мы скоро станем свидетелями настоящей драмы.*

*С удорожанием и дефицитом лекарственных средств, а также с задержками и отказами в выдаче лекарства пациенту».*

С надеждой, что такого мини-апокалипсиса все-таки не произойдет, попробуем ответить на вопрос: «Как пройти стартовый этап обязательной маркировки с минимальными издержками и максимальными результатами?» — и найти возможные решения вместе с экспертами Темы номера.

## ПОД ЗНАКОМ ЦЕЙТНОТА

Аврал. Или цейтнот. Так, одним словом, можно охарактеризовать состояние фармацевтического сектора в июне — июле 2020 г. Пандемия отодвинула на второй план все остальные вопросы, в т.ч. особенно важные для фармотрасли.

*«Из-за пандемии коронавирусной инфекции многие аптеки не смогли вовремя закупить и установить необходимое оборудование. А ведь еще требуется его запуск, настройка ПО, тестирование и т.п., — комментирует Николай Беспалов, директор по развитию аналитической компании RNC Pharma. — Во-вторых, сейчас необходимо проводить работу в авральном режиме, и в подобных условиях оказалось огромное число предприятий в фармацевтическом секторе. Соответственно, спрос на услугу довольно высок».*

*«Для работы в системе МДЛП очень многое потребовалось изменить. Как «физику» процессов, так и IT-сопровождение. Взаимодействие с клиентами за последний месяц как никогда очень тесное! — рассказывает управляющий директор оператора NC Logistic Гарольд Власов. — Мы не идем, мы бежим «сломя голову» этот долгий путь за очень короткое время».*

С одной стороны, авральная ситуация усложняет решение многих вопросов — чем меньше времени, тем больше нужно сил, ресурсов и нестандартных решений. С другой стороны, цейтнот создает иллюзорное впечатление легкости выполняемых задач: когда поджимают сроки, нередко кажется, что основная проблема — исключительно во временных рамках. Такой взгляд не особенно эффективен при апробации нового проекта — велик риск «оставить за кадром» те моменты, которые стоит изучить в первую очередь.

## ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА

К счастью, в июне — июле были приняты документы, которые способны уменьшить «градус авральности» и тем самым увеличить «свободу маневра» в решении возникающих в ходе старта системы МДЛП проблемных ситуаций. Впервые, это подписанный Президентом России 13 июля законопроект №902457-7 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания». Документ касается особенностей ввода в гражданский оборот немаркированных лекарственных препаратов, произведенных с первого июля по первое октября.

Как замечает **Александр Петров**, руководитель подкомитета по обращению лекарственных средств, развитию фармацевтической и медицинской промышленности Комитета по охране здоровья Госдумы: *«Откладывать решение нельзя — ведь это лекарственная безопасность. Но подход должен быть взвешенным: запуск системы МДЛП в полном объеме отрасль сейчас не выдержит, а отложенный старт отложит и работу над рядом важнейших вопросов. Поэтому целесообразен мягкий переходный период. Тем участникам, которые уже готовы, важно дать возможность приступить к старту — и продолжить ознакомление с системой в практической деятельности. Самое главное — баланс в процессе этого мягкого перехода. В области маркировки лекарственных препаратов необходимо точно работать с каждым предприятием фармотрасли».*

*«В текущих условиях данный ответ регулятора представляется своевременным», — комментирует старший юрист юридической фирмы Dentons Андрей Глебашев. Необходимо ли будет продление отсрочки, покажет время.*

Во-вторых, стоит отметить постановление Правительства РФ №955 от 30.06.20 и утвержденное им «Положение об особенностях ввода в гражданский оборот лекарственных препаратов для медицинского применения». Юрист обращает внимание на одну из особенностей документа: *«Заявителю следует обосновать*

невозможность нанесения средств идентификации в соответствии с требованиями ФЗ «Об обращении лекарственных средств», а также документально подтвердить итоговую дату готовности производителя к выполнению требований об обязательной маркировке (п. 7 «Положения», утв. постановлением Правительства РФ №955 от 30.06.20). Поэтому эти правила следует воспринимать как отсрочку применения требований об обязательной маркировке в отношении конкретного лекарственного препарата в условиях чрезвычайной ситуации конкретного производителя, которые надо будет доказать, а не простой перенос срока выполнения требования о маркировке».

И в-третьих — в Госдуму 13 июля внесен законопроект, временно разрешающий ЕНВД и патентную систему налогообложения для малого и среднего бизнеса, реализующего в розницу некоторые виды маркированной продукции. В их числе, к счастью, оказались и лекарства.

## ЕНВД ОБЕЩАЕТ ОСТАТЬСЯ?

Автор законопроекта, первый замглавы Комитета Госдумы по бюджету и налогам Сергей Катасонов, предлагает разрешить малой и средней рознице применять ЕНВД и патентную систему с сентября 2020-го до конца 2021-го. Как замечает депутат, такое снижение налоговой нагрузки позволит уменьшить риски банкротства и даст организациям возможность выплатить зарплату нескольким миллионам сотрудников.

Инициатива весьма полезная. Возможно, стоит дополнить ее с учетом тех единичных аптек и небольших аптечных сетей, которые относятся к среднему и малому бизнесу только де-факто.

«Остается ЕНВД или нет? Возможен ли совмещенный режим — ЕНВД+УСН? У специалистов разные мнения», — комментирует директор по развитию тверской аптечной сети «36,6-Здоровье» **Акоп Варпетян**. — *Мы просчитываем и позитивный, и негативный сценарий. Стратегию выстраиваем с учетом обоих факторов».*

Предложение сохранить ЕНВД и патентную систему — в буквальном смысле спасение для многих аптек. «Вопросов конкурентной борьбы старт системы маркировки будет касаться самым непосредственным образом», — констатирует Николай Беспалов. — *Крупные участники аптечного рынка, очевидно, в большей степени*

*готовы к запуску системы и размер издержек для них менее критичен. Отмена ЕНВД — еще один удар по небольшим организациям».*

## АДРЕС, ВЫБЫТИЕ, ПРИЕМКА

Апробируя систему маркировки уже во всеобщем и обязательном режиме, представители фармотрасли сформулировали ряд вопросов, нуждающихся в скорейшем решении. Изучение их начнем с аптечного сегмента.

На старте системы МДЛП пришлось остановить около пяти процентов аптек, отмечает генеральный директор «Еаптеки» **Антон Буздалин**. Причиной прекращения работы в каждой двадцатой аптеке стали *технические ошибки с адресами помещений* (либо в лицензии, либо в базе ФИАС). Такие нестыковки препятствуют оперативному подключению аптечных организаций к системе мониторинга.

Следующий из наиболее актуальных вопросов, к счастью, получает свое разрешение. «Особенности работы при возникновении нештатных ситуаций есть в методических рекомендациях. Но, например, при отключении интернета в медучреждении паниковать не стоит: регистраторы выбытия умеют накапливать в буфере отчеты о выбытии и направлять их в МДЛП после восстановления доступа к сети», — поясняет руководитель проекта «Фарма» ЦРПТ **Алексей Косарев**. — *Причем выбытие на кассе, пожалуй, самое простое действие — после сканирования кодов при продаже и формирования чека оператор фискальных данных автоматически направляет сведения в систему маркировки. Нужно всего три шага: просканировать все коды DataMatrix с каждой упаковки, удостовериться в корректности сканирования кодов, пробить кассовый чек».*

С приемкой сложнее, причем по нескольким причинам одновременно. И первая из них — все тот же сбой интернета. С выбытием вопрос решен, остается вопрос о получении партии лекарственных препаратов от дистрибутора. Действительно, как быть аптеке, если в этот момент отсутствует доступ к Всемирной сети?

## О ВОЗВРАТЕ И НЕ ТОЛЬКО

Следующий фактор связан с производительностью труда. При приемке маркированной

продукции она значительно снижается — по некоторым оценкам, на десятки процентов. *«Существенно возрастает время на отпуск и приемку продукции, что снижает скорость товародвижения, — поясняет директор по развитию ГК «Технологии холодильной цепи» Андрей Кухаренко. — А проблемы с возвратом и заменой «нечитаемых» упаковок несомненно увеличат логистические издержки».*

Вопрос с возвратом также находит свое решение. *«Фактически, это не возврат, а отказ покупателя от приобретения препарата уже после того, как он был «пробит» на кассе. Такой чек не закрывается и должен быть аннулирован посредством штатного кассового ПО, — комментирует Алексей Косарев. — Информация, содержащаяся в таком чеке, в ОФД не передается и, соответственно, сведения о выводе лекарственного препарата из оборота в ФГИС МДЛП не фиксируются. Никаких дополнительных действий не нужно».*

Однако снижение скорости товародвижения (особенно если речь о лекарственных средствах) — проблема не просто техническая, а комплексная. Если не решать ее, лекарственный ассортимент аптеки станет менее доступным для пациента. Если же расширять штат и приглашать на работу дополнительных сотрудников, то доступ к лекарственной терапии удастся сохранить на прежнем (или близком к прежнему) уровне. Но тогда затраты аптеки закономерно возрастут, что в конечном счете отразится опять же на доступности препарата. На сей раз — по причине цены.

Такая вот цепная реакция. Причем не только в процессе приемки, но и в процессе отпуска: необходимо сканирование каждой упаковки, что весьма осложняет процедуру приобретения курсовых препаратов. Бывает и так, что провизору нужно сканировать 30 или 90 единиц лекарственного средства. Комплексный вопрос явно требует скорейшего решения.

## СПИСАТЬ СТАРЫЕ КОДЫ

Исполнительный директор Союза профессиональных фармацевтических организаций (СПФО) **Лилия Титова** обращает внимание на порядок ввоза и ввода в гражданский оборот лекарственных средств, произведенных в период до 1 июля, когда производители имели

возможность наносить маркировку на упаковку, но не заносить ее в МДЛП. *«Каким образом аптека будет «разделять» потоки препаратов с «активной» и «неактивной» маркировкой?» — предлагает подумать над вопросом эксперт. Одно из решений предложено сегодня ЦРПТ.*

*«Если вы уверены, что товаропроводящая цепочка в поставке маркированных лекарств была оборвана (и/или аптека в июне не воспользовалась схемой оприходования для восстановления этой цепочки), тогда допустимо продавать лекарства с маркировкой без передачи отчета в МДЛП, — разъясняет Алексей Косарев. — При этом «старые» коды, нанесенные в рамках эксперимента, нужно списать, для этого есть отдельная операция. Это могут быть лекарства с кодами без криптозащиты, нанесенными с 1 февраля 2017 г. по 31 декабря 2019 г., или же с кодами с криптозащитой длиной 88 символов и дополнительными полями в коде маркировки, а также кодами с криптозащитой длиной 44 символа в период с 14 декабря 2018 г. по 30 июня 2020 г. Если у вас на балансе есть такие остатки (кроме лекарств из 7ВЗН), их можно списать с использованием операции списания лекарственных препаратов (схема №552 логической модели файлов обмена ФГИС МДЛП) с указанием типа вывода из оборота «Вывод из оборота КИЗ, накопленных в рамках эксперимента».*

Важен и другой аспект данного вопроса.

## ЕЩЕ РАЗ ПРО... ДОВЕРИЕ

Казалось бы, речь идет строго о технических моментах. И в то же время маркировка вносит ряд корректив в процедуру фармацевтической консультации, т.е. в само общение специалиста с пациентом. Так, например, что должен сообщить аптечный работник посетителю, который только что проверил «экспериментальный» код на упаковке лекарства?

Лекарства, маркированные до первого июля в процессе эксперимента, не единственная область возможного непонимания между пациентом и фармацевтическим специалистом, замечает владелец аптечной сети «Здоровье» (г. Усть-Лабинск) **Юрий Слепов**. Большинство наших сограждан — не являющихся врачами или фармацевтами — ознакомлены с весьма упрощенной картиной происходящего.

Из неспециализированных медиа пациент уже знает: маркировка — всеобщая и обязательная. Следовательно, исключения из этого правила возможны лишь в одном случае — если лекарство подлинным не является.

Отсюда задача сотрудника первого стола — внимательно и доброжелательно объяснять все спорные моменты, связанные с внедрением системы МДЛП и особенностями «кодирования» лекарственных препаратов. Если он будет услышан, пациент не потеряет доверия к фармацевтической помощи и не откажется от необходимого лекарства только потому, что «экспериментальный» код на его упаковке почему-то не читается...

## ВОПРОСЫ ЦЕНТРАЛЬНОГО ЗВЕНА

Документооборот между аптекой и дистрибутором в рамках системы МДЛП остается в числе наиболее актуальных вопросов. Собственно же в деятельности фармдистрибутора стоит отметить два ключевых момента. Оба связаны с особенностями кодирования.

*«Много неясностей оставалось в вопросах объединения кодов в групповой SSCC-код. Но все же решение было предложено, — вспоминает Гарольд Власов. — На мой взгляд, оно усложняет процессы отгрузки и, что немаловажно, увеличивает расход тары. Если соответствовать требованиям GDP (а все обязаны им соответствовать), транспортные перевозки станут дороже в пересчете на упаковку. Также автоматическая обработка упаковок требует дополнительного IT-решения для «привязки» таких важных параметров, как срок годности и номер серии. А ведь можно было бы «зашить» данную информацию в sGTIN».*

С трудностями сегмента дистрибуции столкнулись и фармацевтические производители. *«Не решена проблема разрешения отгрузки лекарственных препаратов покупателям непосредственно со склада ответственного хранения (СОХ), — замечает директор по экономической безопасности компании «ГЕРО-ФАРМ» Андрей Ахантьев. — В настоящее время Росздравнадзором запрещена такая отгрузка без включения СОХ в фармлицензию производителя. Пока не разработаны нормативно-*

*правовые акты по аутсорсинговому хранению и отгрузке».*

## ВРЕМЯ — ЭТО ЖИЗНЬ

Сегмент фармпроизводства, казалось бы, должен испытывать меньше сложностей на старте системы МДЛП. Однако остается вопрос о сбоях в самой системе, что прямо отражается на рабочих процессах фармацевтического завода.

МДЛП не прошла должного тестирования «в боевом режиме», констатирует генеральный директор Ассоциации Российских фармацевтических производителей (АРФП) **Виктор Дмитриев**. Отсюда часы и даже дни на обработку входящей информации, что нередко останавливает процесс производства лекарственных препаратов. Ответа техподдержки по техническим сбоям порой приходится ожидать длительное время. Допустимо ли, чтобы производство лекарств останавливалось, например, на 72 часа?

АРФП считает необходимым законодательно закрепить ответственность оператора системы маркировки (ЦРПТ) за подобные ситуации. Ведь от вовремя произведенного лекарства зависит жизнь.

Исполнительный директор Ассоциации иностранных фармпроизводителей (AIPM) **Владимир Шипков** также отмечает неготовность системы мониторинга в целом, а не каких-то конкретных исполнителей. *«Система маркировки лекарственных препаратов стартовала, но она с первых дней демонстрирует серьезные проблемы и сбои в работе. Это было ожидаемо для такого мегапроекта, как МДЛП, но не должно негативно влиять на доступность лекарственных препаратов для населения. Особенно на фоне пандемии и ограничений в производстве и дистрибуции, с которыми сталкиваются производители по всему миру. Мы в значительно большей мере беспокоимся за готовность самой системы и за готовность других участников рынка, а их в общей сложности порядка 300 тыс. Сбой в любом из этапов будет означать, что пациент не сможет получить препарат, а это уже противоречит целям введения системы», — подчеркивает он.*

## ЧТО БУДЕТ С НЕМАРКИРОВАННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ?

Вызывает вопросы у фармпроизводителей и процедура разрешения на ввод в гражданский оборот препаратов, произведенных с первого июля по первое октября 2020 г., без нанесения маркировки. *«К сожалению, неясны критерии, по которым будут запрещать или разрешать реализацию немаркированных лекарственных средств, — замечает Виктор Дмитриев. — Есть риск, что в фармацевтическом секторе будет искусственно создана обстановка неравной конкуренции, что приведет к проблемам с доступностью многих лекарственных препаратов».*

У импортных лекарств — свои дополнительные проблемы. Как поясняет **Юрий Мочалин**, директор по корпоративным связям Санофи в Евразии: *«Отрадно отметить, что позиция индустрии была услышана государством и было найдено компромиссное решение — в конце июня было подписано постановление правительства, разрешающее ввод в оборот продукции, произведенной до 1 октября 2020 г., без нанесения маркировки, по специальным разрешениям. Однако достаточно неожиданно возникло другое регуляторное препятствие — импортная продукция, произведенная до 1 июля, до даты введения обязательной маркировки, теперь не может быть ввезена в страну, т.к. на это прямо не указано в постановлении. Это ставит под угрозу непрерывность поставок сотен наименований продукции и доступность их для российских пациентов».* Что ж, правовая коллизия разрешима...

## МАРКИРОВКА И КОАП

Трудности старта неизбежны. Предусмотреть в теории можно далеко не все. Особенно если речь идет о целой системе, работу которой нужно наладить в масштабах страны. В такой ситуации особенно важен вопрос о мере ответственности.

*«Федеральный закон №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» также предусматривает возможность возложения ответственности не только за несвоевременное внесение данных в систему, но и за производство или продажу*

*лекарственных препаратов для медицинского применения без нанесения средств идентификации либо с нарушением установленного порядка их нанесения. Сейчас самостоятельной статьи по данным правонарушениям применительно к лекарственным препаратам в Кодексе об административных правонарушениях нет. Такая статья должна появиться в новой редакции Кодекса, проект которой в настоящее время находится на обсуждении, — комментирует Андрей Глебашев. — В частности, новый КоАП предлагается дополнить нормами об ответственности за производство лекарственных препаратов без маркировки либо с нарушением установленного порядка нанесения маркировки, в виде штрафа в размере до 100 тыс. руб. с конфискацией лекарственных препаратов, а также за продажу таких лекарственных препаратов в виде штрафа в размере до 300 тыс. руб. также с конфискацией лекарственных препаратов. Действующая в настоящее время специальная норма об ответственности за несвоевременное внесение данных в систему мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения либо внесение в нее недостоверных данных сохранится».*

Недостаточные меры ответственности ведут к нарушениям. Избыточные — парализуют работу системы.

## ПРЕДОТВРАТИТЬ СБОИ В ЛЕКАРСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ

Старт системы мониторинга движения лекарственных препаратов с обязательной маркировкой — важный этап в жизни фармотрасли и в целом здравоохранения. От того, насколько продуктивно пройдет это время, зависят многие вопросы медицинской помощи. *«Полгода назад мы добивались переноса маркировки лишь с той целью, чтобы было проведено масштабное тестирование и все звенья товаропроводящей цепи показали свою готовность работать в системе маркировки. Оценка практической подготовленности лечебных учреждений и аптек по-прежнему остается одним из ключевых приоритетов, — подводит итог Лилия Титова. — Подготовка персонала в регионах — на наш взгляд, самый актуальный вопрос на сегодня.*

*И мы как ассоциация, представляющая интересы социально ориентированной фармацевтической отрасли, осознаем масштаб: более 300 тыс. единиц доступа в систему маркировки по всей территории страны. Конечная цель — вооружить знаниями сотрудников, отпускающих лекарства, и не допустить сбоев в лекарственном обеспечении».*

**Виктория Преснякова**, исполнительный директор СРО АСНА, подтверждает, что аптеки не справляются с изменениями, им элементарно не

хватает знаний и информации. Аптекам требуется обучение. Неплохо было бы выпустить видеоинструктаж для сотрудников — как вводить товар, какие при этом могут возникнуть проблемы и что тогда делать и т.д.

В процессе внедрения системы МДЛП «мелочей» нет. От эффективности решения возникающих вопросов (на первый взгляд, связанных исключительно с областью ИТ или оформлением документов) зависит главное — успеет ли пациент получить свое необходимое лекарство...

## НА СТАРТЕ МАРКИРОВКИ НУЖЕН МЯГКИЙ ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД

**Петров Александр**

**Руководитель подкомитета по обращению лекарственных средств, развитию фармацевтической и медицинской промышленности Комитета по охране здоровья Госдумы**



Старт маркировки лекарственных средств 1 июля 2020 г. вызвал серьезную дискуссию, тем более что для некоторых видов продукции запуск системы мониторинга откладывается. Однако что это за продукция? Если речь о выборе обуви, отсутствие определен-

ной модели не столь критично: остаются другие приемлемые варианты, и покупатель будет обеспечен необходимой ему вещью.

С лекарственными препаратами иначе. Нет одного наименования, и вот уже под угрозой жизнь и здоровье человека. И в ответе за эту угрозу — все, кто принимает решения в области лекарственного обеспечения.

Аргументы фармацевтической отрасли в пользу переноса запуска системы МДЛП на первое января 2021 г. нельзя не принимать во внимание. И отечественные, и зарубежные ассоциации отметили ряд проблем, к сожалению, сохраняющихся в настоящий момент. Сложности с доступом к обучению работе на новом оборудовании и новом ПО. Нарушенная логистика. Нарушенная маршрутизация. «Зашкаливающее» (без каких бы то ни было преувеличений) количество ошибок в ЕСКЛП. Многочисленные технические сбои. Вспоминается такая ситуация: система МДЛП две недели не позволяла внести сведения о готовой серии препарата. Лекарство, относящееся к Перечню жизненно необходимых и важнейших, было необходимо отправить в регионы.

Говорить о стопроцентной готовности к внедрению всеобщей маркировки лекарственных средств, конечно же, нельзя. Но важно начать новый этап работы и в этом процессе решать

возникающие вопросы. Теоретически их решить невозможно. А сама система МДЛП необходима потому, что решает ключевые задачи в области обеспечения лекарственными препаратами. Здесь необходимо составить целостную картину: какие лекарства в наличии, каковы запасы тех или иных наименований... Чтобы такая целостная картина стала возможной, мы должны создать систему. Именно систему. Только системный подход позволит обеспечить лекарственную безопасность нашей страны.

В первую очередь это означает исключить дефектуру лекарственных средств в любой, даже самой исключительной ситуации. Только системный подход даст возможность разработать решения, позволяющие при всех возможных затруднительных условиях своевременно доставить лекарство от производителя до пациента. Что касается фальсификации лекарственных средств — маркировка позволяет решить эти вопросы раз и навсегда.

Откладывать решение нельзя — ведь это лекарственная безопасность. Но подход должен быть взвешенным: запуску системы МДЛП в полном объеме отрасль сейчас не выдержит, а отложенный старт отложит и работу над рядом важнейших вопросов. Поэтому целесообразен мягкий переходный период. Тем участникам, которые уже готовы, важно дать возможность приступить к старту и продолжить ознакомление с системой в практической деятельности. Самое главное — баланс в процессе этого мягкого перехода. В области маркировки лекарственных препаратов необходимо точно работать с каждым предприятием фармотрасли. Чтобы оперативно решать вопросы, возникающие в процессе запуска системы, в непрерывном режиме должны работать и Минпромторг, и Минздрав, и Госдума. Чтобы переходный период стал максимально комфортным, а лекарственная безопасность была на должном уровне.

## МЕЖВЕДОМСТВЕННАЯ КОМИССИЯ ПРОВЕЛА ПЕРВЫЕ ЗАСЕДАНИЯ

**Пресс-служба Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения  
(Росздравнадзор)**



В настоящее время в федеральной государственной информационной системе мониторинга движения лекарственных препаратов зарегистрировано 68 833 юридических лица. 68 476 из этих организаций — российские, 357 — зарубежные из 56 государств. Зарегистрировано 150 150 мест осуществления деятельности, описан 24 191 лекарственный препарат, эмитировано около 2 млрд кодов маркировки.

По данным Росздравнадзора, в настоящее время в гражданский оборот введено 267 573 872 упаковки лекарственных препаратов. Они относятся к 11 578 сериям (партиям) и 2703 товарным позициям. Что касается производителей лекарств, представлено 460 организаций. Более половины из них (257) — отечественные.

Напомним, что с первого октября минувшего 2019 г. (в соответствии с постановлением Правительства РФ от 14.12.18 №1557 «Об особенностях внедрения системы мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения») введена обязательная маркировка лекарственных препаратов, предназначенных для лечения пациентов с заболеваниями по программе «12 высокотратных нозологий». Маркировка таких препаратов была внедрена их отечественными и зарубежными производителями, а также оптовыми и розничными фармацевтическими организациями. Общее количество промаркированных лекарственных средств, выпущенных в рамках данной программы за период с 1 октября 2019 г. по 14 июля 2020 г., составило более 3 млн упаковок, а именно 3 365 252 упаковки.

Следующий этап внедрения системы маркировки лекарственных препаратов начат первого июля. Чтобы минимизировать отрицательное влияние пандемии на лекарственное обеспечение и исключить риск сбоя в поставках

лекарств, было принято постановление Правительства РФ от 30.06.20 №955. Документ утвердил Положение об особенностях ввода в гражданский оборот лекарственных препаратов для медицинского применения, определяющее особенности ввода в гражданский оборот без нанесения средств идентификации лекарственных препаратов, произведенных в период с 1 июля до 1 октября 2020 г., а также ввоза в нашу страну без нанесения средств идентификации лекарственных препаратов, произведенных за рубежом до 1 октября 2020 г.

Во исполнение постановления правительства от 30.06.20 №955 Росздравнадзором разработаны и зарегистрированы в Минюсте России следующие приказы (регистрация их состоялась 10.07.20):

- от 03.07.20 №5645 «О межведомственной комиссии при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения по выдаче согласований на обращение лекарственного препарата»;
- от 03.07.20 №5646 «Об утверждении формы согласования на ввоз в Российскую Федерацию, ввод в гражданский оборот лекарственного препарата»;
- от 09.07.20 №5919 «Об утверждении состава межведомственной комиссии при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения по выдаче согласований на обращение лекарственного препарата».

АИС Росздравнадзора дополнена подсистемой по выдаче согласований на ввоз в Российскую Федерацию, ввод в гражданский оборот лекарственного препарата. Подать заявление на согласование необходимо в электронном виде — на сайте Федеральной службы. Заявитель — субъект обращения лекарственных средств — заполняет электронную форму подачи заявления на получение государственной услуги с использованием Единой системы идентификации и аутентификации (ЕСИА). Форма размещена в «личном кабинете» на главной странице официального сайта Росздравнадзора.

При подаче заявления происходит автоматическая идентификация заявителя через ЕГРЮЛ, и заявителю предоставляется доступ ко всем услугам, выполняемым Федеральной службой. Необходимо выбрать в списке следующий пункт: «Согласование на ввоз в Российскую Федерацию, ввоз в гражданский оборот лекарственного препарата», затем заполнить форму заявления и прикрепить необходимые документы.

Сотрудник Федеральной службы формирует перечень поступивших заявлений для рассмотрения на очередном заседании межведомственной комиссии при Росздравнадзоре. Составленный перечень специалист направляет членам комиссии вместе с заявлениями и прикрепленными к ним пакетами документов.

Обсуждение и подведение итогов рассмотрения поступивших заявлений осуществляется

членами комиссии на заседании, проводимом в установленные сроки. В соответствии с решением комиссии сотрудники Росздравнадзора оформляют «согласование» или «отказ в согласовании» на ввоз в Российскую Федерацию, ввоз в гражданский оборот лекарственного препарата. Информация направляется заявителю через «личный кабинет».

Реестр согласований будет размещен на сайте Росздравнадзора, а информация из него будет ежедневно направляться в Федеральную таможенную службу.

В настоящее время проведено два заседания комиссии. Оформляются соответствующие решения, которые будут размещены на сайте Росздравнадзора ([www.roszdravnadzor.ru](http://www.roszdravnadzor.ru)).

## ОТМЕНА ЕНВД — ЕЩЕ ОДИН УДАР ПО НЕБОЛЬШИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ

**Беспалов Николай**

**Директор по развитию аналитической компании RNC Pharma**



Во-первых, есть проблемы с «железом». Из-за пандемии коронавирусной инфекции многие аптеки не смогли вовремя закупить и установить необходимое оборудование. А ведь еще требуется его запуск, настройка ПО, тестирование и т.п. Во-вторых, сейчас не-

обходимо проводить работу в авральном режиме, и в подобных условиях оказалось огромное число предприятий фармацевтического сектора. Соответственно, спрос на услугу довольно высок.

Кроме того, остается множество организационных вопросов. Система работает нестабильно. Есть ряд моментов, которые требуют корректировок со стороны оператора системы, но корректировки вносятся со значительными задержками. Проблема ошибок в предоставлении данных в систему МДЛП (что становится также предметом административной ответственности) — одна из тех технических проблем, которые нужно решить в процессе старта.

Конечно, технические вопросы рано или поздно проявятся и будут решены. Но остается еще одна проблема — потеря возможности применять ЕНВД при продаже маркированных лекарств. Если здесь не будут приняты кардинальные решения, целому ряду аптек придется очень непросто.

Цены растут и будут расти дальше. Это очевидный факт: все расходы, которые понесли и еще понесут участники фармацевтического рынка, закладываются в стоимость лекарства для пациента. Еще до старта системы мы прогнозировали рост цен только за счет маркировки на 3,5–4%, но, во-первых, это подорожание не будет однородным. Понятно, что сильнее всего подорожают те лекарственные средства, которые не входят в перечень ЖНВЛП (поскольку

за их счет будут компенсироваться затраты для «списочных» препаратов). Во-вторых, процесс внедрения системы (и соответственно, компенсации издержек) растянут во времени: коррекция цен происходит уже пару лет. В-третьих, на рост цен оказывают влияние и другие факторы. Например, девальвация рубля или пандемия коронавируса, которые маскируют эффект роста цен от внедрения МДЛП.

Что касается системы взаимоотношений на фармацевтическом рынке, то, разумеется, вопросов конкурентной борьбы старт системы маркировки будет касаться самым непосредственным образом. Крупные участники аптечного рынка, очевидно, в большей степени готовы к запуску системы, и размер издержек для них менее критичен. Отмена ЕНВД — еще один удар по небольшим организациям. И потеря их важного конкурентного преимущества.

В сегменте фармацевтической дистрибуции тоже обострится конкурентная борьба; в частности, есть вопросы прямого и обратного акцептирования товаров в системе. Прямое акцептирование на уровне дистрибутора помогает освободить аптеку от ряда транзакций с полученным товаром. И, конечно, оптовики, которые предоставят возможность работы в подобном формате, будут для аптеки интереснее. Много и других нюансов, но в целом маркировка дает дополнительные способы бороться за внимание клиента.

Как меняется процесс дистанционной торговли? Не считая организационных вопросов, рассмотренных выше, здесь появляется одна интересная особенность. Если ранее курьер мог привозить заказчику уже пробитый чек и только забирал деньги, то теперь потребуется иметь при себе кассовый терминал. В итоге провести оплату будет возможно только в момент передачи товара. Это несколько меняет логистику и повышает стоимость доставки, но в каком-то смысле упрощает задачу (вопрос о не востребовавшихся заказах при такой организационной схеме уже не стоит).

Пока система запущена с рядом ограничений и допусков. В частности, можно продавать немаркированные препараты, пока не истечет срок их годности. Плюс отдельные партии (по специальному разрешению) можно будет вводить в обращение до 1 октября 2020 г. В итоге у организаций появляется пусть и небольшое, но дополнительное время. Но, повторюсь, вопрос подключения к системе сейчас приходится решать в авральном режиме.

Изначально предполагалась возможность перенести старт. Но идеологи и разработчики системы маркировки смогли проявить принципиальность и в итоге получился некий переходный период с рядом условностей. Продолжить работу пока можно, но с каждым днем без доступа к системе работать будет все сложнее

и сложнее. Так что надо потратить это время с пользой.

Как в долгосрочной перспективе повлияет маркировка на медицинскую и фармацевтическую помощь? В долгосрочной — думаю, никак не повлияет, если все организационные проблемы будут решены, система заработает в полную силу. При таких условиях пациенты получают ровно тот же набор возможностей, который был до запуска МДЛП. Система же создается не ради посетителя аптеки лекарства, а ради ряда бизнес- и административных интересов. В отношении последних определенные профиты, конечно, будут. Но для вопросов качества медицинской и фармацевтической помощи они будут слишком отдаленными. Пока надо готовиться к проблемам в краткосрочной перспективе.

## НЕОБХОДИМА ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ОПЕРАТОРА

**Дмитриев Виктор**

**Генеральный директор Ассоциации Российских фармпроизводителей (АРФП)**



Хотел бы напомнить о тех вопросах, которые обсуждались на заседании Межфракционной рабочей группы Государственной Думы еще 3 июня. В ходе заседания был дан ряд рекомендаций, касающихся обязательной маркировки лекарственных препаратов:

- разработать гибкий подход к взаимодействию медицинских учреждений с системой МДЛП;
- провести дополнительную проверку готовности фармотрасли к старту системы;
- до первого октября не применять административных санкций к предприятиям, которые в силу объективных причин оказались не готовы к старту всеобщей маркировки лекарственных средств;
- разрешить противоречия между Госреестром лекарственных средств (ГРЛС), регистрационными документами и ЕСКЛП (справочник-каталог — является информационной базой для регистрации производственных

площадок и лекарственных средств в системе МДЛП).

К сожалению, нормативно-правовая база для выполнения данных рекомендаций реализована не полностью. А сама система МДЛП не получила надлежащего тестирования «в боевом режиме». И, увы, обработка входящей информации занимает часы и дни, что останавливает производственный процесс.

Если же обратиться в техподдержку ГИС МДЛП, ожидать ответа придется очень и очень долго. У отдельных предприятий все проходит безболезненно. Но, к сожалению, не у всех и даже не у большинства. Фармацевтическим заводам порой приходится останавливать производство: иногда — не на час-два, а на целые сутки. Вспоминается недавний случай. Компании-производителю в пятницу обещали дать ответ по техническому сбою в течение дня. А пришел ответ... в понедельник. Решение вопроса заняло не рабочий день и даже не 24 часа, а трое суток.

Возникает вопрос: кто будет возмещать потери производителям лекарственных средств?

Мы настаиваем на ответственности оператора и считаем, что она должна быть законодательно закреплена. Все потери фармацевтических предприятий из-за сбоев

системы по вине ЦРПТ должны компенсироваться за его счет. Но это еще не главное. От времени полученного лекарства зависит жизнь, что также необходимо отразить в законодательстве.

С учетом имеющихся проблем в системе МДЛП документооборот нельзя делать полностью электронным. Это угрожает доступности лекарственной помощи. Для бесперебойной работы фармацевтической отрасли необходим смешанный документооборот — электронно-бумажный. Он поможет пациенту получить лекарство вовремя.

И еще один вопрос. В день старта обязательной маркировки фармацевтическая отрасль узнала о подписанном накануне постановлении правительства №955 «Об особенностях ввода в гражданский оборот лекарственных препаратов для медицинского применения».

Постановлением утверждено, что согласие на ввод в гражданский оборот лекарственных средств, произведенных с первого июля по первое октября 2020 г. (или импортированных в нашу страну в этот же период), без нанесения маркировки будет давать межведомственная комиссия. В состав ее войдут представители Минздрава, Минпромторга, Росздравнадзора, Федеральной таможенной службы и ЦРПТ. Возникают следующие вопросы:

- почему постановление вышло, минуя процедуру оценки регулирующего воздействия (ведь в таких случаях она обязательна)?
- почему выбран не уведомительный, а разрешительный характер принятия решений?

- почему не проводились консультации со специалистами фармотрасли, а ее представители не вошли в состав комиссии?

- и, наконец, почему до настоящего времени не утверждены типовые формы договоров на оказание услуг по предоставлению кодов маркировки и устройства регистрации эмиссии субъектам обращения лекарственных средств, соответствующие действующим положениям постановления Правительства РФ от 20.03.20 №311?

К сожалению, не ясны критерии, по которым будут запрещать или разрешать реализацию немаркированных лекарственных средств. Есть риск, что в фармацевтическом секторе будет искусственно создана обстановка неравной конкуренции, что приведет к проблемам с доступностью многих лекарственных препаратов. Кому-то запретили, кому-то разрешили... Вызывает тревогу и уровень коррупционности разрешительной процедуры.

Пакет документов, который нужно представить для получения разрешения на выпуск препаратов без маркировки, впечатляет не только объемом, но и содержанием. Как вам такой пункт — «копии договоров на поставку и установку оборудования для нанесения средств идентификации на каждую из указанных в заявлении производственных площадок, а также разработку или доработку программного обеспечения в целях обеспечения информационного взаимодействия с системой мониторинга на русском языке»?

Данная информация конфиденциальна и в свободном доступе находиться не может...

## МАРКИРОВАННЫЕ ЛЕКАРСТВА: КАК УПРОСТИТЬ РАБОТУ АПТЕКЕ

**Косарев Алексей**

**Руководитель проекта товарной группы «Фарма» оператора Национальной системы цифровой маркировки «Честный знак»**



Федеральная государственная система «Мониторинг движения лекарственных препаратов» (МДЛП) была введена в промышленную эксплуатацию 1 октября 2019 г. — с этой даты стала обязательной прослеживаемость лекарственных препаратов из перечня высокозатратных нозологий. Соответственно, из конечных звеньев цепи первыми с маркировкой стали работать больницы и аптеки, отпускающие эти препараты. И теперь, с введением обязательности прослеживаемости всех лекарств с 1 июля, нужно научиться работать всем.

В бюджетных медицинских организациях, как правило, регистрация проходила централизованно, где-то даже предложены единые программные решения. Кстати, в каждом регионе есть центры компетенций по маркировке, организованные при содействии Росздравнадзора, — с вопросами можно обращаться туда. Или на сайт [chestnyznak.rf](http://chestnyznak.rf), где есть не только пошаговые инструкции, но и видеоматериалы — они собраны на образовательной платформе.

Конечно, ситуация с практическими навыками работы с маркировкой в аптечных организациях разная. Где-то пропустили сроки. Но промаркированные лекарства будут быстро насыщать рынок, так что необходимо научиться всем. При этом особое оборудование аптекам, например, не нужно. Для этого достаточно иметь 2D-сканер, кассовое ПО обновлялось для маркировки в прошлом году — вместе с очередными обновлениями. Регистрируются в «Честном знаке» по ИНН, т.е. если на один ИНН зарегистрирована сеть аптек, то каждой из них регистрироваться дополнительно не нужно.

В первую очередь, участникам фармрынка в конечном звене стоит обратить внимание

на процессы оприходования (приемки) препаратов, перемещения между местами осуществления деятельности, вариантах вывода лекарственных средств из оборота — в розничную продажу, при льготном отпуске, в процессе использования для медицинского применения. А также на различия в прямом и обратном акцепте, формализацию порядка акцептования (например, в виде дополнительного соглашения с поставщиком). Все эти процессы описаны в методических рекомендациях, которые есть на сайте Росздравнадзора и на нашем портале. Но ответы можно получить и в службе поддержки [support@crpt.ru](mailto:support@crpt.ru)

Для облегчения работы небольших аптек и других участников оборота оператор также разработал бесплатный сервис «Фарма.Просто». В дополнении к нему идет приложение, которое заменяет 2D-сканер, им можно сканировать коды и «подтягивать» их в систему. Сервис предназначен для получения данных из ФГИС МДЛП, а также для формирования и отправки данных в систему. Все отправляемые и принимаемые документы ФГИС МДЛП являются XML-файлами, которые представлены в удобочитаемом формате, что не потребует от пользователя специфических знаний для формирования xml-документа. В «Фарма.Просто» можно, например, сохранять черновики, если вы не успеваете что-то сделать здесь и сейчас. А также есть возможность формировать задания на сканирование (например, для сверки кодов поступившей партии) и передавать их на мобильный сканер в приложении, которым затем можно и отсканировать коды, и создать документ с использованием кодов *DataMatrix*. Чтобы не нужно было вносить данные вручную, допускать ошибки и что-то искать, какие-то значения можно выбирать из справочников — реестры ваших лекарственных препаратов, ваших контрагентов, мест в зоне таможни и т.д. доступны в сервисе.

Попасть в сервис «Фарма.Просто» можно по прямой ссылке <https://ph.mdlp.crpt.ru/login>

В новой версии личного кабинета также будет ссылка на страницу входа. В нем, кстати, есть и документы о работе с системой, так что не нужно постоянно их искать. Одноименное приложение доступно в Google Play.

Отрадно, что нюансы работы с системой перешли из теоретической плоскости в практическую плоскость. Теперь аптечные сети, например, обращаются с вопросами об оприходовании лекарств без автоматизации на стороне участника рынка или работы с товаром, маркированными или не маркированными до 1 июля. По последнему вопросу: если вы уверены, что товаропроводящая цепочка в поставке маркированных лекарств была оборвана (и/или аптека в июне не воспользовалась схемой оприходования для восстановления этой цепочки), тогда допустимо продавать лекарства с маркировкой без передачи отчета в МДЛП.

При этом «старые» коды, нанесенные в рамках эксперимента, нужно списать — для этого есть отдельная операция. Это могут быть лекарственные средства с кодами без криптозащиты, нанесенными с 1 февраля 2017 г. по 31 декабря 2019 г., или же с кодами с криптозащитой длиной 88 символов и дополнительными полями в коде маркировки, а также кодами с криптозащитой длиной 44 символа в период с 14 декабря 2018 г. по 30 июня 2020 г. Если у вас на балансе есть такие остатки (кроме лекарств из 7ВЗН), их можно списать с использованием операции списания лекарственных препаратов (схема №552 логической модели файлов обмена ФГИС МДЛП) с указанием типа вывода из оборота «Вывод из оборота КИЗ, накопленных в рамках эксперимента».

Но бывают сложности и сугубо технического характера. Особенности работы при возникновении нештатных ситуаций есть в методических рекомендациях. Но, например, при отключении интернета в медучреждении паниковать не

стоит: регистраторы выбытия умеют накапливать в буфере отчеты о выбытии и направлять их в МДЛП после восстановления доступа к сети.

Причем выбытие на кассе, пожалуй, самое простое действие — после сканирования кодов при продаже и формирования чека оператор фискальных данных автоматически направляет сведения в систему маркировки. Нужно всего три шага: просканировать все коды *DataMatrix* с каждой упаковки, удостовериться в корректности сканирования кодов, пробить кассовый чек.

Еще один вариант — отпуск лекарств пациентам-льготникам. Здесь нужно отсканировать коды, ввести дату, серию и номер рецепта (на регистраторе выбытия или в товарно-учетной системе), выбрать действие «Зарегистрировать выбытие». После появления на дисплее регистратора выбытия сообщения о том, что запрос отправлен, выдать препарат. При этом ждать ответ ФГИС МДЛП о результатах попытки вывода из оборота в момент отпуска препарата не надо.

Нас также часто спрашивают о возврате лекарств. Фактически, это не возврат, а отказ покупателя от приобретения препарата уже после того, как он был «пробит» на кассе. Такой чек не закрывается и должен быть аннулирован посредством штатного кассового ПО. Информация, содержащаяся в таком чеке, в ОФД не передается, и, соответственно, сведения о выводе лекарственного препарата из оборота в ФГИС МДЛП не фиксируются. Никаких дополнительных действий не нужно.

При любых вопросах рекомендую обращаться к образовательной платформе, методическим рекомендациям, службе поддержки (+7 800 222 1523). Оператор «Честный знак» также регулярно проводит вебинары и семинары — приходите. Мы будем отвечать на вопросы, пока они есть.

## КАКИМ ОБРАЗОМ АПТЕКА БУДЕТ РАЗДЕЛЯТЬ ПОТОКИ ПРЕПАРАТОВ?

**Титова Лилия**

**Исполнительный директор Союза профессиональных фармацевтических организаций (СПФО)**



Когда мы говорим о маркировке, почему-то всегда основной акцент делаем на производителях. Хотя производители, так же как и крупные дистрибуторы, всегда занимали активную позицию; многие из них с первых дней участвовали в эксперименте по внедрению маркировки и сейчас показывают высокую степень готовности. Однако дистрибуторы среднего и малого звена (а их порядка трех тысяч), аптеки, лечебные учреждения (которых около трехсот тысяч) — это тот сегмент, который требует более пристального внимания.

И полгода назад мы добивались переноса маркировки лишь с той целью, чтобы было проведено масштабное тестирование, и все звенья товаропроводящей цепи показали свою готовность работать в системе маркировки. Оценка практической подготовленности лечебных учреждений и аптек по-прежнему остается одним из ключевых приоритетов.

Подготовка персонала в регионах — на наш взгляд, самый актуальный вопрос на сегодня. И мы как ассоциация, представляющая интересы социально ориентированной фармацевтической отрасли, осознаем масштаб: более 300 тыс. единиц доступа в систему маркировки

по всей территории страны... Поэтому на сегодня следует сосредоточиться на этом сегменте, чтобы аптеки и ЛПУ активно начинали работать с маркированной продукцией, тестируя ввод и вывод лекарственных препаратов из оборота, нагрузку на МДЛП, работу со службой технической поддержки ЦРПТ, выявляя типовые проблемы и алгоритм их устранения. Если недостаточно существующего массива обучающих программ, видеороликов и другой полезной информации от национальной системы цифровой маркировки «Честный знак», то СПФО готов оказать помощь со своей стороны. Конечная цель — вооружить знаниями сотрудников, отпускающих лекарства, и не допустить сбоев в лекарственном обеспечении...

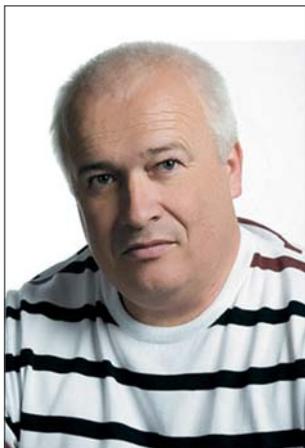
И еще один, на наш взгляд, актуальный вопрос на сегодня. Это порядок ввоза и ввода в гражданский оборот лекарственных препаратов, произведенных в период до 1 июля 2020 г., когда производители имели возможность нанести маркировку на упаковку, но не заносить ее в МДЛП. Возникает озабоченность: каким образом аптека будет «разделять» потоки препаратов с «активной» и «неактивной» маркировкой? Не получится ли такой ситуации, что «спорный продукт» будет легче вернуть обратно производителю?

И тут же возникает вполне резонный вопрос от покупателей-пациентов, знающих, что система маркировки в действии, а при этом их код будет неактивен...

## ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТЬ ТРУДА ПРИ ПРИЕМКЕ ПАДАЕТ НА 30%

**Слепов Юрий**

**Владелец аптечной сети «Здоровье» (г. Усть-Лабинск, Краснодарский край)**



Перемены идут достаточно кардинально — и в правилах приема лекарственной продукции, и в процессе ее реализации. Велико и количество изменений. К счастью, маркированных товаров пока мало, и потому есть возможность поработать и понять изменившиеся

особенности фармацевтической деятельности.

Хотел бы обратить внимание на такой момент: увы, не в каждой аптеке есть возможность приемки товара в условиях маркировки. Иногда элементарно не хватает площадей: разложить продукцию, все отсканировать, связаться с системой «Честный знак»... В нашей аптечной сети есть несколько аптек, которые данный процесс выполнять не смогут. Поэтому было принято решение: на начальном этапе проводить приемку в нашем логистическом центре, и уже оттуда направлять лекарства в аптеки.

Сложности на старте, конечно, ожидаемы — стараемся их решать. Конечно, будет задержка реализации поступивших в аптеку препаратов — в связи с информационным обменом с системой «Честный знак» и необходимостью подтвердить внесение данных. До завершения этой процедуры лекарство может находиться в аптеке, однако отпустить его посетителю нельзя.

А у посетителя тоже возникают сложности, и они увеличивают число проблем, которые приходится решать фармацевту и провизору. Обязательная маркировка лекарственных средств широко освещалась в центральных СМИ, что было бы похвально, если бы «вне центра внимания» не оказался ряд важных моментов.

В неспециализированных медиа не подчеркивается, например, такой факт: произведенные до 1 июля препараты маркировке не подлежат

и отпускать их можно до истечения срока годности.

Представляете, какую реакцию подобное лекарство вызовет у посетителя? Ведь многие граждане убеждены: маркированными должны быть все медикаменты без исключения!

И еще два факта. Часть маркированных лекарственных средств (в порядке эксперимента) была выпущена ранее первого июля. В системе МДЛП такие препараты не зарегистрированы и потому отпускаются как немаркированные. Однако QR-код у них имеется. Как рассказать об этом покупателю-пациенту?

Весьма затруднительно — ведь у человека возникнет даже не опасение, а уверенность, что фармпрепарат фальсифицирован.

Недавнее разрешение для некоторых фармацевтических предприятий — выпускать немаркированные препараты в течение еще нескольких месяцев — тоже рискует серьезно озадачить посетителя. «Что с маркировкой?» — спрашивают сейчас в аптеках даже неспециалисты. Причина тому — неполнота информации. Поэтому стараемся «расшифровывать» все неясности.

Что произойдет с ценой лекарства?

Чудес здесь не ожидается. Не ожидается потому, что внедряемая система не является бесплатной. Код по цене 50 коп. за одну упаковку, вложения в оборудование — это лишь часть факторов удорожания.

Хотел бы обратить ваше внимание: при приемке маркированной продукции производительность труда падает на 30%. Уменьшается и скорость обслуживания посетителя. Чтобы пробить чек на десять упаковок курсового препарата, раньше требовалось одно действие. А сейчас необходимо «пробивать» каждую упаковку. Все это — значительно большие временные и трудовые затраты.

Чтобы уменьшить нагрузку на аптеки, мы увеличиваем число специалистов в нашем логистическом центре: контролеров, операторов и др. И увеличиваем существенно, чтобы сотрудники могли оперативнее вносить данные в систему МДЛП.

## ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ СИСТЕМЫ МДЛП

**Буздалин Антон**

Генеральный директор компании «Еаптека»



Наша организация в целом готова работать в системе МДЛП. Однако в системе есть недочеты, которые осложняют процесс работы. Например, мы вынуждены остановить примерно 5% аптек. Почему? Их не смогли оперативно подключить к системе из-за технических ошибок с адресами помещений либо в лицензии, либо в базе ФИАС. Также в МДЛП не реализован механизм возврата продукции от покупателя (а в случае с лекарственными препаратами ненадлежащего качества он не только возможен, но и необходим). Есть масса нерешенных задач по настройке документооборота с поставщиками.

Достаточно сильно осложняет процесс интеграции и то, что система маркировки постоянно дорабатывается и выдает ошибки. Мы оптимизировали процесс передачи данных: обмен

данными с ЦРПТ происходит через шлюз, который на нашей стороне объединяет движение товаров МДЛП из всех учетных систем. Однако даже это не решает существующих на сегодня проблем: разработчикам бывает сложно определить, когда ошибки возникают со стороны ЦРПТ.

Мы инвестировали значительные суммы в переоборудование аптек и склада специально для работы с мониторингом движения лекарственных препаратов, ввели соответствующие процедуры на приемке, при хранении и отпуске... А это также влечет дополнительные издержки.

В чем я вижу полезность системы? Считаю, что самым главным эффектом внедрения МДЛП будет использование маркировки в государственных учреждениях. Надеюсь, что это устранил возможность перепродажи лекарственных средств из больниц. Вероятно, с лекарственного рынка исчезнут и схемы оптовой перепродажи товара между розничными сетями для получения дополнительных бонусов от производителей. Таким образом, значительно изменится конкуренция в фармацевтическом секторе.

## В ЗОНЕ РИСКА — ЛЕКАРСТВЕННЫЙ АССОРТИМЕНТ

**Кухаренко Андрей**

**Директор по развитию ГК «Технологии холодной цепи»**



Маркировка в существующем виде не приносит ожидаемой пользы для бизнеса: доступ к информации о движении препаратов субъектам движения по-прежнему не предоставлен. В таком варианте система рискует превратиться

в разновидность нового «гибридного» налога, который должны будут заплатить абсолютно все участники лекарственного рынка (и, конечно, пациенты). Терабайты информации будут накапливаться в мощных BIG-DATA-центрах, но при этом не смогут получить должного практического применения.

В то же время у регулятора появится возможность быстрого «исключения» из товародвижения упаковок, партий, серий и наименований препаратов. Также станет возможным приостанавливать деятельность определенных участников рынка путем блокировки их товаропотоков. Но это в долгосрочной перспективе. А вот в краткосрочной — вероятно, мы скоро станем свидетелями настоящей драмы. С удорожанием и дефицитом лекарственных средств, а также с задержками и отказами в выдаче лекарства пациенту. Особенно это актуально для высокотратных нозологий и льготного лекарственного обеспечения. Причины могут быть разными, однако результат предвидится один — рост социальной напряженности.

Лекарства — это не сигареты, не обувь и не резиновые покрышки (они тоже подлежат обязательной маркировке). Лекарства — это жизни и здоровье людей. «Игры в инновации» на фоне пандемии могут быть очень опасны и привести к весьма печальным последствиям. Хочется верить, что разработчики смогут предупредить эти риски, прямо связанные со здоровьем нации.

Пока ситуация не внушает оптимизма. Даже среди организаций, уверенных, что они готовы к маркировке, многие находятся в зоне риска по причине «бумажной», а не реальной готовности. Последствия этого проявятся в течение нескольких месяцев.

Очевидно, что те учреждения, которые не в состоянии приобрести полноценное маркировочное оборудование (включая в т.ч. и ПО), вынуждены будут уйти с рынка. Вопрос также касается и ассортимента лекарственных средств. Реализация части недорогих лекарств (стоимостью до 100 руб. за упаковку) окажется нерентабельной, а во многих аптеках, особенно в регионах, этот сегмент является основным. Потеря части номенклатуры реализуемых препаратов и, как следствие, снижение выручки — также губительно скажется на деятельности многих аптечных организаций, фармдистрибуторов и производителей.

Важно осознавать, что расходы требуются не только на закупку маркировочного оборудования и пусконаладочные работы, но и на дальнейшую эксплуатацию, ремонт и техническое обслуживание, дополнительные площади и трудовые ресурсы. Кроме того, как показывает первый опыт внедрения маркировки, существенно возрастает время на отпуск и приемку продукции, что снижает скорость товародвижения. А проблемы с возвратом и заменой «нечитаемых» упаковок несомненно увеличат логистические издержки.

Разумеется, фармкомпании, способные выжить на этапе внедрения системы маркировки, вынуждены будут компенсировать дополнительные расходы за счет увеличения цены на лекарства, что, вероятно, приведет к снижению спроса на некоторые группы препаратов. И опять же, для спасения своего дела организациям придется пересматривать ассортимент и стараться занимать другие сектора рынка, что объяснимо приведет к существенному росту конкуренции. В результате которой, как мы понимаем, выживет сильнейший.

И все-таки главными минусами маркировки являются не столько риски потери или особенности реорганизации бизнеса (что для многих может оказаться их личной трагедией), сколько те последствия, которые коснутся всего общества.

А это — неизбежный рост стоимости лекарств, а также снижение доступности медикаментов и уменьшение оперативности лекарственного обеспечения населения.

## РЕШЕНИЕ С ГРУППОВЫМ КОДОМ ВЕДЕТ К УДОРОЖАНИЮ ПЕРЕВОЗОК

**Власов Гарольд**

**Управляющий директор специализированного 3-PL оператора NC Logistic**



Как проходит старт работы в системе МДЛП? Я ответил бы так — ожидаемо. Мы по-прежнему видим нестабильную работу национальной системы цифровой маркировки «Честный знак». Сообщения такого рода от службы поддержки приходят ежедневно.

Надеемся, что ситуация стабилизируется в течение нескольких недель. Не все новое, как известно, проходит гладко, а тем более такой масштабный проект. Однозначно требуется время и адаптация на всех уровнях: у производителя, 3-PL-оператора, оптового звена, аптечных сетей и лечебных учреждений. Если говорить о реальной нагрузке на ИС МДЛП, то час «X», по моему мнению, наступит не ранее сентября, когда все производители начнут выпускать в гражданский оборот и отгружать вновь произведенную маркированную продукцию по всей товаропроводящей цепи.

Для работы в системе МДЛП очень многое потребовалось изменить. Как «физику» процессов, так и IT-сопровождение. Взаимодействие с клиентами за последний месяц, как никогда, очень тесное! Многие партнеры, будем честны, до последнего надеялись на перенос маркировки и находились в «спящем состоянии». Остается только шутить: «пришлось быстро проснуться». Мы видим, как упущенное клиентами время на интеграцию с нами как провайдером логистических услуг приходится наверстывать максимально быстро. Мы не идем, мы

бежим «сломя голову» этот долгий путь за очень короткое время.

Много неясностей оставалось в вопросах объединения кодов в групповой SSCC-код. Но все же решение было предложено. На мой взгляд, оно усложняет процессы отгрузки и, что немаловажно, увеличивает расход тары. Если соответствовать требованиям GDP (а все обязаны им соответствовать), транспортные перевозки станут дороже в пересчете на упаковку. Также автоматическая обработка упаковок требует дополнительного IT-решения для «привязки» таких важных параметров, как срок годности и номер серии. А ведь можно было бы «зашить» данную информацию в sGTIN.

Что помогает продолжать работу при технических сбоях? Любой сбой процесса — это потраченное время на восстановление и/или ожидание. Для физических процессов это — простой. Наша система состоит из нескольких уровней обработки и хранения информации. Поэтому мы и наши клиенты застрахованы от каких-либо непредсказуемых сбоев системы. Однако невозможность своевременной передачи информации в ИС МДЛП может остановить алгоритм выстроенной схемы последующих операций. Но повторюсь, что в настоящее время маркированных лекарств в обращении еще очень мало, и уверен, что «Честный знак» отшлифует те «баги», которые будут появляться на первых порах.

Любая автоматизация процесса — особенно если она связана с техническими решениями — это возможность вернуться на один шаг назад, а не в начало. Все будет зависеть от нашей общей оперативности и своевременной реакции на изменения.

## КАК ВЕСТИ ПРИЕМКУ, КОГДА ИНТЕРНЕТ «ВРЕМЕННО НЕДОСТУПЕН»?

**Варпетян Акоп**

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



Пока работаем в прежнем режиме. Но неясно, как будет происходить процесс разделения условно маркированных препаратов (произведенных ранее 1 июля 2020 г.) и действительно маркированных средств (произведенных начиная с этой даты) в са-

мой аптеке. Как здесь не допустить ошибки со стороны первостольника? Это самый большой вопрос!

Также нет полной ясности с налоговыми режимами. Профессиональными ассоциациями направлено много обращений на этот счет, однако однозначных ответов на них нет. Остается ЕНВД или нет? Возможен ли совмещенный режим — ЕНВД+УСН?

У специалистов разные мнения. Мы просчитываем и позитивный, и негативный сценарий. Стратегию выстраиваем с учетом обоих факторов. В ряде вопросов помогают отраслевые ассоциации. Диалог с ЦРПТ пока трудно назвать налаженным: решение возникающих проблем происходит очень долго, что критично для фармацевтической деятельности.

Перемен и вопросов множество. Конечно, будут изменены инструкции, СОПы и вся сопутствующая документация — как только процесс работы в системе МДЛП будет проходить в штатном режиме. Какие решения возможны при сбоях интернета? Здесь нет однозначного понимания. Насколько нам известно, данные о выбытии препарата можно внести в систему в течение пяти дней. Но как быть с приходом партии лекарственных средств от дистрибутора?

Хороший вопрос, на который пока нет ответа, думаю, не только у меня...

## КАКУЮ ИНФОРМАЦИЮ ПОЛУЧИТ ПРОИЗВОДИТЕЛЬ ПО СВОИМ ПРЕПАРАТАМ

**Ахантьев Андрей**

**Директор по экономической безопасности компании «ГЕРОФАРМ»**



Мы участвовали в пилотном эксперименте с самого его старта, и поэтому уже достаточно давно проработали (со своей стороны) все бизнес-процессы. Но в связи с тем, что аптеки, ЛПУ и многие дистрибуторы только начали действительно пытаться работать

в системе, по сути, именно сейчас и начался этап настоящего тестирования и настоящей нагрузки. Поэтому на данном этапе выявляются некоторые проблемы, на которые ранее участники оборота не обращали внимания (в т.ч. проблемы в работе системы в целом). Во взаимодействии с партнерами выстраиваются алгоритмы приемки и возврата продукции, проведения этих операций в системе МДЛП. За счет этого многие операции стали занимать больше времени.

Наша компания активно сотрудничает с технической поддержкой оператора ЦРПТ. Для нас актуальны вопросы полной автоматизации работы с системой МДЛП, т.к. часть задач еще находится на стадии тестирования, и условия карантина не позволили завершить некоторые процессы.

В настоящее время видим следующие нерешенные вопросы:

- вопрос конкретики по объему и порядку получения производителями информации по произведенным ими продуктам — нет приказа Минздрава РФ, разъясняющего и уточняющего общие положения Федерального закона №61-ФЗ и постановления Правительства РФ от 31.12.19 №1955;
- не решена проблема разрешения отгрузки лекарственных препаратов покупателям непосредственно со склада ответственного хранения (СОХ). В настоящее время Росздравнадзор запрещена такая отгрузка без включения СОХ в фармлицензию производителя. Пока не

разработаны нормативно-правовые акты по аутсорсинговому хранению и отгрузке;

- в целом Минпромторгом РФ поддержаны предложения нашей компании по внесению производителями в ФГИС МДЛП информации о номерах серий и стране происхождения субстанции каждой серии ГЛФ лекарственных препаратов и приданию этой информации статуса «общедоступной», чтобы всем участникам оборота, пациентам и госзаказчикам было понятно, из какой субстанции сделан лекарственный препарат. Эта мера необходима для корректного применения системы преференций в госзакупках и принятия управленческих решений. Однако практического решения и внедрения этих предложений в ФГИС МДЛП пока не состоялось ввиду ее нестабильной работы и решения оператором и регуляторами иных первоочередных проблем.

Как повлияет маркировка на производство и в целом обращение ЛС? Будут «шлифоваться» бизнес-процессы, более тщательно будет организован подход к внесению информации в различные госреестры и систему в целом. Мы, со своей стороны, надеемся на получение подробной информации о движении наших продуктов для более тщательного планирования производства и прогнозирования продаж. Также считаем, что при устойчивой и стабильной онлайн-работе ФГИС МДЛП будет полностью искоренена фальсификация лекарственных препаратов (равно как и контрафакт в фармацевтике).

Кроме того, данные из системы помогают бороться с иными правонарушениями в сфере оборота лекарственных препаратов. Подтверждение этому — недавний случай хищения у дистрибутора упаковок препарата нашего производства — удалось быстро установить индивидуальные серийные номера похищенных пачек и организовать предупреждение об опасности их использования.

## О ПРАВОВЫХ КОЛЛИЗИЯХ СИСТЕМЫ МАРКИРОВКИ

**Глебашев Андрей**

Старший юрист юридической фирмы Dentons



С 1 июля 2020 г. вступили в силу требования об обязательной маркировке лекарственных препаратов средствами идентификации и внесении сведений о них в систему мониторинга движения лекарственных препаратов, предусмотренные Фе-

деральным законом от 12.04.10 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (ч. 4 ст. 67). Многие профессиональные участники рынка ожидали переноса данного срока на более позднюю дату. Этот вопрос широко обсуждался внутри отрасли еще до появления в повестке дня ограничений, связанных с пандемией коронавирусной инфекции. Профильные ассоциации неоднократно предлагали предоставить отсрочку введения данных требований. Однако этого не произошло.

Причины могут быть разными, и сейчас обсуждать их уже не имеет смысла. Более целесообразно сосредоточиться на вопросе: насколько отрасль готова соблюдать данные требования и как текущие ограничительные меры повлияли на планы регулятора по внедрению данной системы?

Не секрет, что коронавирус затронул в том или ином смысле всю экономику страны, и мы будем свидетелями еще неоднократно тому подтверждения. Фармацевтическая отрасль не осталась в стороне. Закрытые границы не позволяют специалистам посещать Россию и выезжать за ее пределы, обмениваться опытом и проводить обучающие мероприятия в традиционном формате. Не секрет и то, что для работы по новым правилам требуется специальное оборудование. И если компания успела его ввезти до закрытия границ, то с обучением персонала для работы на нем могут быть проблемы. В текущих условиях организации ищут новые формы взаимодействия и, как правило, находят их в онлайн. Однако полностью вопрос о работе в новых условиях в связи с требованиями по

маркировке в удаленном режиме решить нельзя. Это, безусловно, осложняет деятельность по новым правилам.

Надо отдать должное тому, что регулятор не остался в стороне от этой ситуации. Безусловно, не все то, что хотел бы видеть сейчас бизнес, претворяется в жизнь, но тем не менее следует отметить, что 13 июля 2020 г.<sup>[1]</sup> президент страны подписал законопроект, который предоставляет Правительству РФ право устанавливать особенности ввода в гражданский оборот немаркированных лекарственных препаратов для медицинского применения, произведенных в период с 1 июля 2020 г. по 1 октября 2020 г. Лекарственные препараты, произведенные за пределами России до 1 октября 2020 г., могут быть ввезены в Россию до 1 января 2021 г. без нанесения средств идентификации. В текущих условиях данный ответ регулятора представляется своевременным. Необходимо ли будет продлевать срок такой отсрочки соблюдения правил о маркировке, покажет время.

Интересно, что не дожидаясь данных законодательных нововведений, Правительством РФ несколькими неделями ранее было фактически утверждено положение об особенностях ввода в гражданский оборот немаркированных лекарственных препаратов<sup>[2]</sup>. Выпуск таможенными органами лекарственных препаратов, ввезенных из-за рубежа, а также ввод в гражданский оборот немаркированных лекарственных препаратов осуществляется на основании решения межведомственной комиссии по выдаче согласований на обращение лекарственного препарата при Росздравнадзоре. Согласование выдается по обращению держателя или владельца регистрационного удостоверения, или уполномоченного им лица, сроком на 45 дней. При этом заявителю следует обосновать невозможность нанесения средств идентификации в соответствии с требованиями ФЗ «Об обращении лекарственных средств», а также документально подтвердить итоговую дату готовности производителя к выполнению требований об обязательной маркировке<sup>[3]</sup>. Поэтому эти правила следует воспринимать как отсрочку

применения требований об обязательной маркировке в отношении конкретного лекарственного препарата в условиях чрезвычайной ситуации конкретного производителя, которые надо будет доказать, а не простой перенос срока выполнения требования о маркировке.

Очевидно, что правила писались на скорую руку и их появление до вступления в силу изменений в ФЗ-61 — лишнее тому подтверждение. Это неизбежно порождает вопросы, связанные с толкованием и применением данных правил. Так, например, постановление не определяет четко, на что именно распространяется данное согласование: на конкретный лекарственный препарат (по торговому, международному непатентованному или группировочному (химическому) наименованию) или только на определенную серию или партию?

Следует обратить внимание, что при обращении за получением указанного согласования заявитель указывает как наименование лекарственного препарата, так и общее количество единиц лекарственного препарата, заявляемых для целей ввоза в Россию или введения в гражданский оборот<sup>[4]</sup>. Поэтому согласование должно выдаваться в отношении конкретного лекарственного препарата с учетом его заявленного общего количества, которое планируется ввезти в нашу страну или произвести на территории нашей страны. Данная логика подтверждается формой согласования, проект которой был утвержден Минздравом России и должен вступить в силу в ближайшее время<sup>[5]</sup>. При этом в любом случае, если Росздравнадзор обнаружит лекарственные препараты, произведенные после 1 октября 2020 г. без нанесения средств идентификации, гражданский оборот таких лекарственных препаратов будет прекращен, даже если ранее держателем или владельцем регистрационного удостоверения было получено согласование на обращение таких препаратов без маркировки<sup>[6]</sup>.

Если на уровне производителей лекарственных средств требования о маркировке лекарственных препаратов являются относительно понятными, то остальные звенья товаропроводящей цепи не всегда показывают свою готовность к новым реалиям. Так, например, нам известны случаи, когда при закупке по единой товарной накладной в состав заказа попадают

как лекарственные препараты, подлежащие обязательной маркировке, так и продукция, на которую такие требования не распространяются. Например, медицинские изделия или ветеринарные лекарственные препараты. Но отдельные участники рынка — на уровне дистрибуторов или аптечных организаций — предъявляют к последним такие же требования о маркировке, как и к лекарственным препаратам. Также имеют место случаи, когда таможенные органы предъявляют требования о маркировании, которых в действительности нет, и приостанавливают выпуск товаров, якобы подлежащих маркировке.

Кроме того, есть точка зрения, что при поставке лекарственного препарата, предназначенного для экспорта не напрямую, а через российского экспортера, происходит ввод в гражданский оборот на территории Российской Федерации, и, как следствие, такой лекарственный препарат подлежит маркировке средствами идентификации. Данную точку зрения сложно разделить по двум причинам. *Во-первых*, ФЗ-61 прямо исключает необходимость внесения информации о таких препаратах в систему МДЛП<sup>[7]</sup>. *Во-вторых*, наличие российской маркировки будет препятствовать признанию законного обращения такого препарата в других государствах, где также существует контроль над соответствием упаковки лекарственного препарата зарегистрированному макету.

Все это вызывает задержки в поставке продукции и возлагает на производителей дополнительные финансовые издержки. Выходом из такой ситуации может стать определенная просветительская деятельность на местах, которая неизбежно должна вестись в новых условиях как со стороны регулятора, так и со стороны производителей и импортеров продукции. Так, например, со стороны бизнес-сообщества будет полезно дополнительно объяснять своим локальным партнерам, что требования о маркировке и внесении сведений в систему МДЛП не должны распространяться ни на медицинские изделия, ни на ветеринарные лекарственные препараты, т.к. ни ФЗ-61, ни Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» таких требований пока не предъявляют. По нашему опыту, эффективным способом такой коммуникации являются

письма от соответствующих головных офисов компаний в адрес своих локальных партнеров. Регулятор также должен проводить информационные мероприятия в отношении должностных лиц на местах.

За несвоевременное внесение данных в систему МДЛП или внесение в нее недостоверных данных установлена административная ответственность, которая применяется с 1 июля 2020 г. в виде административного штрафа в размере до 100 тыс. руб.<sup>[8]</sup>

Срок, в течение которого каждый субъект обращения лекарственных средств должен внести информацию в систему мониторинга, определен в Положении о системе мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения<sup>[9]</sup> и составляет 5 рабочих дней. Это должно решать проблему, когда система, как и любая другая технологическая платформа, может не работать по техническим причинам. Также у участников фармацевтического рынка есть возможность исправить допущенную ошибку до того момента, когда соответствующий субъект обращения лекарственных средств был уведомлен о назначении в отношении него проверки, осуществляемой Росздравнадзором по факту предоставления ошибочных (недостоверных) сведений<sup>[10]</sup>. В данном случае штраф платить не придется.

ФЗ-61 также предусматривает возможность возложения ответственности не только за несвоевременное внесение указанных данных в систему, но и за производство или продажу лекарственных препаратов для медицинского применения без нанесения средств идентификации, либо с нарушением установленного порядка их нанесения. Сейчас самостоятельной статьи по данным правонарушениям применительно к лекарственным препаратам в КоАП нет. Такая статья должна появиться в новой редакции КоАП, проект которого в настоящее время находится на обсуждении<sup>[11]</sup>.

В частности, новый КоАП предлагается дополнить нормами об ответственности за производство лекарственных препаратов без маркировки, либо с нарушением установленного порядка нанесения маркировки, в виде штрафа

в размере до 100 тыс. руб. с конфискацией лекарственных препаратов, а также за продажу таких лекарственных препаратов в виде штрафа в размере до 300 тыс. руб. также с конфискацией лекарственных препаратов. Действующая в настоящее время специальная норма об ответственности за несвоевременное внесение данных в систему мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения либо внесение в нее недостоверных данных сохранится. Мера конфискации лекарственных препаратов является достаточно серьезным механизмом, который может сдерживать участников рынка от возможного нарушения новых правил о маркировании. Усиление ответственности за несоблюдение требований о маркировке лекарственных препаратов лишь раз подчеркивает намерение регулятора решительно включить данные требования в повседневную коммерческую деятельность компаний и строго спрашивать за их несоблюдение.

[1] Законопроект №902457-7 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания».

[2] Постановление Правительства РФ №955 от 30.06.2020 г.

[3] П. 7 «Положения об особенностях ввода в гражданский оборот лекарственных препаратов для медицинского применения» (утв. Постановлением Правительства РФ №955 от 30.06.2020 г.).

[4] П. 6 «Положения об особенностях ввода в гражданский оборот лекарственных препаратов для медицинского применения» (утв. Постановлением Правительства РФ №955 от 30.06.2020 г.).

[5] Приказ Росздравнадзора от 03.07.2020 №5646 «Об утверждении формы согласования на ввоз в Российскую Федерацию, ввод в гражданский оборот лекарственного препарата».

[6] П. 13 «Положения об особенностях ввода в гражданский оборот лекарственных препаратов для медицинского применения» (утв. Постановлением Правительства РФ №955 от 30.06.2020 г.).

[7] Ч. 4 ст. 67 ФЗ «Об обращении лекарственных средств» №61-ФЗ от 12.04.2010.

[8] Ст. 6.34 КоАП РФ.

[9] Положения о системе мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения (утв. Постановлением Правительства РФ №1556 от 14.12.2008).

[10] П. 52 «Положения о системе мониторинга движения лекарственных препаратов для медицинского применения» (утв. Постановлением Правительства РФ №1556 от 14.12.2008).

[11] <https://regulation.gov.ru/projects#departments=30&pa=102447>



## РАЙОН МАРЬИНА РОЩА: УДОВЛЕТВОРЯТЬ СПРОС — ГЛАВНОЕ

**Марьина Роща** — самый южный район СВАО Москвы. По поводу происхождения названия «Марьина Роща» существует несколько версий. Согласно одной, местность, прилегавшая к слободе Марьино в начале XV в., была названа в честь боярыни Марьи, жены Федора Голтяя — сына боярина Федора Кошки (предка боярских родов Романовых и Шереметьевых), который владел этими землями.

По другой версии, название дано по имени атаманши Марьи, которая командовала разбойниками, т.к. вплоть до XVIII в. Марьина роща была частью большого лесного массива, где «шалили» лихие люди. Уже в XX в. Марьина Роща на протяжении долгих лет в силу своего исторического развития считалась промышленным районом.

Площадь современного района составляет 468,21 га.

Главной транспортной артерией района является Суцевский Вал (Третье транспортное кольцо), пересекающий район на две неравные части: южную и северную. Транспортная доступность Марьиной Рощи обеспечивается метрополитеном, автобусными, троллейбусными и трамвайными маршрутами, а также Октябрьской и Рижской железнодорожными ветками. В центре района недавно открыта станция метро «Марьина Роща», к южной его границе примыкает станция «Достоевская», а к восточной и западной границам района примыкают еще две станции метро, «Савеловская» и «Рижская» соответственно.

### Исследованы 27 аптечных предприятий:

ООО «Аптека-А.В.Е.»: АС «ГорЗдрав» — АП №673 (Старомарьинское ш., д. 3), АП №721 (ул. Трифоновская, д. 4), АП №449 (ул. Суцевский Вал, д. 5, стр. 1), АП №2069 «ГорЗдрав» (ул. Суцевский Вал, д. 3/5А); АС «36,6» — АП №686 (ул. Суцевский Вал, д. 31, стр.1), АП №258 (ул. Шереметьевская, д. 6, корп. 1);

АС «Ригла» ООО «Аптечная сеть 03»: АП №1048 (ул. Шереметьевская, д. 20) и АП №1119 (ул. Суцевский Вал, д. 12);

АС «Аптеки «Столички» ООО «Социальная сеть аптек «Столички»: АП №794 (Октябрьская ул., д. 33), АП №560 (4-й Стрелецкий пр-д, д. 4);

аптека АС «Здоров.ру» ООО «Альфафарм» (ул. Суцевский Вал, д. 59), аптека №20 «Аптеки столицы» ГБУЗ «ЦЛО» ДЗ г. Москвы (ул. Советской Армии, д. 17/52), аптека АС «Самсон-фарма» ООО «Аптечная сеть «Самсон-фарма» (ул. Шереметьевская, д. 1, корп. 1), аптека ООО «Медлайн» (ул. Суцевский Вал, д. 71), аптека ООО «Леди X» (2-я ул. Марьиной Рощи, д. 10/14),

аптека ООО «Вега» (2-й Стрелецкий пр-д, д. 7), аптека ООО «Доктор Вяземский» (ул. Двинцев, д. 12, корп. 2), аптека ООО «Фармлэнд-ТДН» (Старомарьинское ш., д. 15) аптека АСНА ООО «Кимрон» (ул. Октябрьская, д. 89);

АП №5 АС «Ваша №1» ООО «Аптека-риэлти» (ул. Суцевский Вал, д. 55), АП АС «Планета здоровья» ООО «Аджента» (ул. Суцевский Вал, д. 67), АП №3525 АС «Мосаптека» ЗАО «Эрка-фарм» (ул. Стрелецкая, д. 8), АП ООО «Таурис» (ул. Октябрьская, д. 38, корп. 2), АП ООО «ВТ-Фарм» (ул. Шереметьевская, д. 17, корп. 1), АП ООО «СМ-Аптека» (3-й пр-д Марьиной Рощи, д. 41), АП ООО «Неовит» (ул. Стрелецкая, д. 18), АП «Новая жизнь» (ул. Советской Армии, д. 7).

**В исследовании приняли участие 210 человек**, из них 60% — это местные жители (женщин и мужчин примерно поровну). Возрастные категории разделились так: представители группы от 55 и старше — 35%, среднего возраста — 45%, молодежи до 27 лет — 20%.

## ФАКТОР УСПЕХА аптечных предприятий

### МЕСТОРАСПОЛОЖЕНИЕ

**Важно для 58 человек.**

Более насыщенной аптечной сетью является северная часть района, к югу от ТТК работают лишь 7 предприятий. Большинство аптечных учреждений занимают отдельные помещения, как правило, на первых этажах жилых и административных построек вблизи транспортных магистралей, недалеко от остановок общественного транспорта, рядом с универсами и торговыми центрами. При этом относительной близостью к станциям метро могут похвастаться АП №258 АС «36,6», «Самсон-фарма», «Здоров.ру», «Ваша №1» (у ст. м. «Марьино Роща»), АП №2069 и №449 «ГорЗдрав» (у ст. м. «Савеловская»).

В крупных торговых центрах функционируют аптека №1048 АС «Ригла» (в ТЦ «Капитолий»): АП №258 АС «36,6» (в ТЦ «Райкин плаза»), АП №449 «ГорЗдрав» (в ТЦ «Савеловский»), в бизнес-центре «Двинцев» обосновалась небольшая аптека ООО «Доктор Вяземский». Рядом с универсами расположены: аптека ООО «Леди X» (у универсама «Магнолия»), АП №686 АС «36,6» (у универсама «Билла»), АП №794 АС «Аптеки «Столички» и АС «Мосаптека» (у универсамов «Пятерочки»). Аптека ООО «Вега» работает в продуктовом магазине.

Три аптеки района расположились в медицинских клиниках: АП «Новая жизнь» — в Медицинском центре вспомогательных репродуктивных технологий, АП «СМ-Аптека» — в детской клинике «СМ-доктор» и АП №1119 АС «Ригла» — в клинике «Будь здоров». Последний обслуживает сотрудников компании «Ингосстрах» и членов их семей, местное население о существовании данной аптеки почти ничего не знает.

В глубине жилых кварталов работают аптечные предприятия: ООО «Леди X», ООО «Вега», ООО «ВТ-фарм», ООО «Кимрон», ООО «Неовит», но месторасположение их можно назвать удачным — в местах наибольшей проходимости, соседствуя с другими предприятиями сферы услуг.

### АССОРТИМЕНТ

**Важен для 54 человек.**

В Марьино Роще работает сравнительно много независимых аптек и аптечных пунктов,

но конкурировать с сетевыми аптеками в области ассортимента им очень и очень трудно. Самый большой выбор медикаментов и товаров для здоровья можно увидеть именно в сетях: «ГорЗдрав», «Столички», «36,6», «Ригла», «Самсон-фарма», «Здоров.ру» и др.

Независимые аптеки также стараются разнообразить ассортимент парафармацевтикой, лечебной косметикой, товарами для здоровья, чтобы максимально угодить посетителям. Очень неплохим выбором препаратов отличаются аптеки «Фармлэнд-ТДН», «Леди X», АСНА ООО «Кимрон», «Таурус», «ВТ-Фарм» и др. В аптеках «Фармлэнд-ТДН» и «Неовит» в продаже имеются солнцезащитные очки и оправы, а также трости. В аптеках «Медбилайн» и «Леди X» неплохой выбор ортопедических товаров.

Те аптеки, где размеры торгового зала не позволяют развернуть ассортимент в полной мере (АП №673 «ГорЗдрав», «Доктор Вяземский», «Вега»), выбор товара скромный, но они имеют свою целевую аудиторию, которой предлагают неплохой набор противопростудных, противовирусных, обезболивающих и других популярных препаратов, витаминов, средств гигиены.

Целевыми являются также аптеки, расположенные в медицинских центрах и клиниках, — АП «Новая жизнь» и «СМ-Аптека». Существенную долю ассортимента в них составляют препараты с учетом специфики медицинских учреждений, где они находятся.

В аптеке №20 АС «Аптеки столицы», единственной в районе Марьино Роща, работает отдел рецептурного льготного отпуска, а также можно приобрести препараты по внутриаптечной заготовке сети (кремы, мази, препараты по индивидуальным рецептам).

### ЦЕНЫ

**Важны для 64 человек.**

Не удивляют уже традиционно высокие цены на лекарства в сетях «Ригла» и «36,6», а вот завышенные в «ГорЗдрав» и «Мосаптека» неприятно удивили. Когда-то в аптеки сети «ГорЗдрав» люди ехали со списками, чтобы приобрести необходимые препараты по низкой цене... Прошли те времена. Самые выгодные покупки в стоимостном эквиваленте можно сделать в аптеках аптечных сетей «Планета здоровья», «Ваша №1», «Здоров.ру», «Самсон-фарма», «Аптеки «Столички».

Многие из респондентов, преимущественно молодого и среднего возраста, заявили, что уровень цен беспокоит их мало, если речь идет о лекарствах в стоимостном диапазоне до 500 руб. Но если необходимы дорогие оригинальные препараты или лекарства для курсового приема, то это заставляет и их задуматься над выбором аптеки в поиске доступных цен. Что уж говорить про посетителей преклонного возраста — для них приемлемость в цене всегда будет стоять на первом месте. Согласитесь, разница между Актовегином за 1413-00 и за 2268-00 все-таки значительна!

Инна Михайловна, преподаватель: *«Я сейчас прохожу курс лечения, связанный с гинекологией.*

*Мне выписали дорогостоящее лекарство для инъекций, и я озаботилась стоимостью препарата, обзвонив не одну аптеку. А что вы думаете? Разница в цене составляла как минимум 1000 рублей, а иногда и выше, вот, с чем это связано?»*

Наиболее осведомленные покупатели готовы сэкономить на оригинальных препаратах, сделав выбор в пользу дженериков или недорогих отечественных аналогов. Разумеется, такая покупка предполагает проведение некоторых подготовительных изысканий, включая консультации врачей и фармацевтов.

**Табл. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЦЕНА НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ**

Аптека	Цена на лекарственный препарат, руб.		
	Актовегин табл. 200 мг, №50 (Такеда ГмбХ, Германия)	Канефрон Н, табл, №60 (Бионорика СЕ, Германия)	Сиофор 500, табл., №60 (Берлин-Хеми/ Менарини, Германия)
АП №5 АС «Ваша №1»	<b>1413-00</b>	511-00	261-00
Аптека АС «Здоров.ру»	1461-00	<b>490-00</b>	<b>215-00</b>
Аптека АС «Самсон-фарма»	1500-00	701-00	290-00
АП №560 АС «Аптеки «Столички»	1560-00	524-00	252-00
АП АС «Планета здоровья»	1575-00	715-00	272-00
Аптека ООО «Медлайн»	1698-00	598-00	–
Аптека АСНА ООО «Кимрон»	1695-00	630-00	295-00
АП ООО «ВТ-Фарм»	1775-00	682-00	269-00
Аптека ООО «Вега»	1798-00	–	269-00
АП №1048 АС «Ригла»	1727-00	786-00	293-00
АП «Новая жизнь»	1840-00	615-00	269-00
Аптека ООО «Фармлэнд-ТДН»	1849-00	620-00	263-50
Аптека ООО «Леди X»	1897-00	677-00	269-00
АП ООО «Неовит»	1956-00	647-00	296-00
АП ООО «СМ-Аптека»	1958-00	691-00	276-50
АП ООО «Таурус»	1985-00	695-00	280-00
Аптека ООО «Доктор Вяземский»	–	667-00	266-00
Аптека №20 АС «Аптеки столицы»	2019-00	646-00	<b>305-00</b>
АП №721 АС «ГорЗдрав»	2062-00	593-00	268-00
АП №3525 АС «Мосаптека»	1994-00	792-00	273-00
АП №258 АС «36,6»	<b>2268-00</b>	<b>826-00</b>	267-00

## СКИДКИ

### Важны для 5 человек.

В большинстве аптек района окажется полезной «Социальная карта москвича» (СКМ). Однако размер скидок по ней сегодня максимум 3–5%, в АП АС «ГорЗдрав» — вообще символический 1%. Как правило, эти скидки не распространяются на препараты из списка ЖНВЛП.

Почти везде, особенно в аптечных сетях, действуют собственные дисконтные или бонусные программы. В аптеке ООО «Кимрон» предлагают специальную скидку при оформлении онлайн-заказа на сайте АСНА.

Скидки по СКМ не предоставляются в аптеках «Новая жизнь», «Мосаптека», «Медлайн» и «Фармлэнд-TDH».

В целом, посетители чаще обращают внимание на цену, чем на возможную скидку при покупке, предполагая, что она все равно уже заложена в стоимость препарата.

## ПРОФЕССИОНАЛИЗМ РАБОТНИКОВ АПТЕКИ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

### Важны для 20 человек.

Что касается профессионализма специалистов первого стола, ведущих отпуск, то каких-либо серьезных нареканий их работа у респондентов не вызывает. Наоборот, выражались слова благодарности, особенно от людей пожилого возраста, которые приходят в аптеку не только за лекарством, но за добрым словом, которое, как все знают, «и кошке приятно».

София Аркадьевна, 77 лет, пенсионерка: *«Недавно в одной из аптек наблюдала такую картину. К окошку фармацевта скопилась небольшая очередь, но специалист спокойно и компетентно отвечал на вопросы посетителей, и все отнеслось к этому с пониманием, обстановка в очереди не была нервной. Даже когда молодой человек, выбирающий средства от простуды, очень тщательно отбирал препараты, спрашивал о побочных эффектах, просил предложить что-то новенькое! Спокойный, вежливый и знающий специалист нынче в цене!»*

Однако без «ложки дегтя» обойтись не удалось. Как известно, недавно мы пережили режим самоизоляции в связи с эпидемией коронавируса. Несмотря на почти полное снятие ограничений, покупатели до сих пор обязаны посещать все торговые точки в маске и перчатках. Во всех

аптеках района висят соответствующие объявления. На проверку выяснилось, что не только покупатели, но и большинство фармацевтов не соблюдают предписанных мер предосторожности. Лишь в единицах аптек первостольники были в защитных масках: «Ваша №1», аптека №20 «Аптеки столицы», «ВТ-Фарм», АСНА «Кимрон», «СМ-Аптека», «Вега», АП №686 «36,6». В остальных аптеках и аптечных пунктах обслуживание производилось без маски, в лучшем случае маски находились на подбородке. Правда, в некоторых отпуск производился через закрытое стекло, возможно, этим и можно объяснить отсутствие масок у специалистов первого стола. В АП «Новая жизнь» фармацевт присутствовала на рабочем месте не только без маски, но даже без халата.

Иван Матвеевич, 55 лет, инженер: *«Не скрою, я опасюсь всевозможных зараз, типа коронавируса. Сам стараюсь везде ходить в маске и перчатках, даже сейчас, когда большинство ограничений уже снято. Хорошо, что в некоторых аптеках в торговом зале установлены дезинфекторы или пузырьки с антисептиком. Это очень полезно в плане профилактики. Особенно мне понравилось в государственной аптеке №20. Сверкающая чистота, антисептики на столах и одноразовые перчатки. Все, как и должно быть везде.»*

Самой популярной дополнительной услугой сегодня является возможность предварительного бронирования препаратов, в т.ч. через различные интернет-сервисы и интернет-аптеки. Многие аптеки сотрудничают с тем или иным сервисом заказа и доставки препаратов, пользуются сервисом бронирования — потребители приезжают в аптеку и забирают свой заказ. В аптеке АС «Самсон-фарма» для выкупа забронированных на сайте ЛС даже предусмотрено одно отдельное окно — значит, пользователей сервиса много. О доставке на дом пока говорить рано — эта услуга не популярна в народе, во всяком случае, пока. В аптеке ООО «Кимрон» в торговом зале установлен планшет, и каждый посетитель может оформить заказ на сайте АСНА в режиме реального времени.

К сожалению, бесплатно измерить артериальное давление можно лишь в двух аптечных предприятиях: «Самсон-фарма» и «Фармлэнд-TDH». В аптеке АС «Аптеки столицы» в помощь

посетителям и фармацевтам существует электронная очередь.

Для улучшения качества обслуживания в нескольких аптечных предприятиях в торговом зале установлены информаты: аптечные пункты АС «Аптеки «Столички», «Самсон-фарма».

Интересный момент: на вопрос «Что вы знаете об обязательной маркировке лекарственных средств?» никто из респондентов не дал развернутого ответа. Им это просто не интересно... пока. Слышали что-то где-то... Но они доверяют фармацевтам, и тому, что фальсификата конкретно в выбранной ими аптеке быть не может.

### ИНТЕРЬЕР

**Важен для 2 человек.**

Удивительно, но в ходе опроса выяснилось практически полное безразличие респондентов к оформлению торгового зала аптек. Разумеется, это не касается общепринятых понятий о чистоте и опрятности торгового зала, свежем воздухе в помещениях (особенно летом). Общая картина хорошо устроенных торговых залов с витринами, спокойной цветовой гаммой уже никого

не удивляет и поэтому никем не выделяется как фактор успеха в аптечных предприятиях района Марьино Роща. Наверное, это хорошо. Приятно подтверждать сей факт: в аптеке приятно находиться, изъяны в интерьере не отвлекают покупателя от основной миссии — приобрести товар.

Еще одна примечательная деталь. Почти все аптеки там, где это необходимо, оборудованы пандусами для инвалидов или мам с детскими колясками. Исключение — АП ООО «ВТ-Фарм», где первый этаж высокий, а пандуса не оказалось.

### ГРАФИК РАБОТЫ

**Важен для 7 человек.**

В районе Марьино Роща функционируют лишь две круглосуточные аптеки: «Планета здоровья» и «Фармленд-TDH». Остальные аптечные предприятия работают без перерыва на обед, с утра и до позднего вечера, как правило, до 20–21 час. Самый продолжительный график работы у аптеки «Здоров.ру» — с 8 до 23 часов.

## РЕЙТИНГ ФАКТОРОВ УСПЕХА

Место	Фактор успеха	Кол-во набранных голосов
1.	Цена	64
2.	Месторасположение	58
3.	Ассортимент	54
4.	Профессионализм, доброжелательность работников аптеки, дополнительные услуги	20
5.	График работы	7
6.	Скидки	5
7.	Интерьер	2

## РЕЙТИНГ ПОПУЛЯРНОСТИ аптечных предприятий

### АП №673 АС «ГорЗдрав» 3

Аптечный пункт занимает очень небольшое помещение (в нем действительно тесно) с одним окном рядом с продуктовым магазином. В ассортименте лишь самые востребованные препараты: от простуды и гриппа, обезболивающие средства, гигиена, витамины. Символическая

скидка по СКМ — 1%. В торговом зале установлен платежный терминал.

### АП «Новая жизнь» 3

Небольшой аптечный пункт расположен перед входом в Медицинский центр вспомогательных репродуктивных технологий. Фармацевт работает на одной кассе. Ассортимент формируется согласно спросу целевой аудитории — пациентов центра — и он разнообразен. Скидок по СКМ здесь не предоставляют.

**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, слаженно — очередей нет. У входа наличествует банкомат Московского кредитного банка.

**АП №449 АС «ГорЗдрав»** **5**

В аптечный пункт, расположенный в одном из корпусов рынка «Савеловский», можно попасть как со стороны улицы, так и с галереи торгового центра. Помещение под торговый зал выделено небольшое, отпуск ведут два фармацевта. В ассортименте много наименований лекарственных препаратов, а также лечебной косметики, средств гигиены, БАД и витаминов.

**АП №3525 АС «Мосаптека»** **5**

Аптечный пункт занимает помещение с отдельным входом рядом с универсамом «Пятерочка». Форма торговли закрытая, отпуск ведет один фармацевт. Цены выше среднего, однако ассортимент удовлетворяет большинство запросов местного населения. Скидок по СКМ не предоставляют, сеть сотрудничает с сервисом доставки лекарств на дом [superapteka.ru](http://superapteka.ru)

**Аптека ООО «Доктор Вяземский»** **5**

Аптека занимает небольшое помещение на 1-м этаже корпуса «Б» бизнес-центра «Двинцев» и работает для офисных клерков и их посетителей. Это удобство респонденты отмечали в первую очередь. Отпуск ведет один фармацевт через открытый прилавок.

**Аптека №1119 АС «Ригла»** **5**

Аптека — это громко сказано! Небольшой киоск установлен в вестибюле медицинской клиники «Будь здоров», работающей для сотрудников компании «Ингосстрах» и членов их семей. Но сам выбор большой — безрецептурных препаратов и витаминов особенно.

**Аптека ООО «Медлайн»** **5**

Аптека расположена в правом крыле пристройки к жилому дому, рядом с отделением Сбербанка. В торговом зале установлены

открытые стеллажи с гигиеническими средствами, минеральными водами, продукцией ортопедии. В целом ассортимент разнообразен, цены при этом ниже среднего по району. Единственный минус — отсутствие скидок по СКМ.

**АП №1048 АС «Ригла»** **6**

Аптечный пункт занимает просторное помещение на первом этаже ТЦ «Капитолий». В открытой выкладке товары для здоровья, средства гигиены, безрецептурные препараты всех фармгрупп, медицинская техника. Обслуживают посетителей два фармацевта.

**АП №686 АС «36,6»** **6**

Аптечный пункт расположен справа от входа в универсам «Билла». В торговом зале установлены открытые стеллажи с гигиеной и косметикой. Посетителей обслуживают через 2 кассы. В ассортименте большой выбор оригинальных препаратов и менее дорогих аналогов, витаминов, БАД и другой парафармацевтики. Скидка по СКМ минимальна, всего 1%. Для владельцев карты лояльности «ГорЗдрав» предусмотрены дополнительные бонусы и скидки в виде кэшбэка.

**АП №258 АС «36,6»** **6**

Аптечный пункт расположен в павильоне на 1-м этаже ТЦ «Райкин-плаза», слева от входа. В открытом доступе — безрецептурные препараты, средства гигиены, лечебная косметика и другая парафармация. Лекарства по рецепту отпускаются через одного из двух фармацевтов, работающих за открытым прилавком. Цены в аптеке высокие, однако это отчасти компенсируется отличным ассортиментом.

**АП №2069 АС «ГорЗдрав»** **7**

Аптечный пункт занимает небольшое помещение на 1-м этаже как раз у съезда с ТТК на рынок «Савеловский», поэтому посетители здесь в основном из числа офисных сотрудников и посетителей рынка. В торговом зале установлены открытые стеллажи со средствами гигиены, косметикой и товарами для мам и малышей. Посетителей обслуживают через 2 окна. Скидка по СКМ составляет 1%. При покупке начисляются бонусы на карту «ГорЗдрав».

**АП №721 АС «ГорЗдрав»** **7**

Небольшой аптечный пункт расположен на 1-м этаже 8-этажного жилого дома рядом

с универсамом и другими предприятиями торговли и сферы услуг. Форма торговли закрытая, посетителей обслуживают через 2 окна. На полках много препаратов по специальным ценам, отмеченных красными ценниками, а также товары, при покупке которых предоставляется кэшбэк в размере до 10% в виде баллов на карту лояльности «ГорЗдрав». Скидка по СКМ минимальная — 1%.

#### **АП ООО «СМ-Аптека»** 7

Аптечный пункт представляет собой небольшой киоск с одним окном, установленный на первом этаже детской клиники «СМ-Доктор» справа от ресепшн. В ассортименте большой выбор аптечных товаров, необходимое быстро довозится с учетом спроса. Понятно, что среди посетителей большинство — это пациенты клиники. Скидка по СКМ составляет 5%.

#### **Аптека ООО «Вега»** 8

Аптека работает в продуктовом магазине — справа за овощным отделом. Отпуск ведется через одно закрытое окно. Цены в аптеке на среднем уровне по району, а ассортимент удовлетворяет большинство посетителей. Скидка по СКМ составляет 2%.

#### **АП ООО «Таурус»** 8

Аптека занимает небольшое помещение на 1-м этаже 6-этажного жилого дома рядом с салоном цветов. Посетителей обслуживают через 2 окна. На открытых полках и стеллажах бросается в глаза много средств гигиены, косметика, витамины, БАД, фитопродукция. Кроме того, здесь отличный ассортимент лекарственных препаратов. Скидка по СКМ — 1–3% (в зависимости от наименования препарата).

#### **Аптека ООО «Леди X»** 8

Аптека занимает просторное помещение на 1-м этаже 8-этажного жилого дома, рядом с универсамом «Магнолия», вход оборудован пандусом. При закрытой форме торговли отпуск ведется на одной кассе. Ассортимент и цены в целом удовлетворяют постоянных посетителей, большинство которых составляет местное население. Скидка по СКМ — 5%.

#### **АП ООО «ВТ-Фарм»** 8

Аптечный пункт расположен в 5-этажном жилом доме напротив автобусной остановки.

К сожалению, вход в аптеку на первый высокий этаж не оборудован пандусом, что делает проблематичным ее посещение с колясками и инвалидам. За первым столом работает один фармацевт. Предоставляется услуга предварительного заказа, действует система бонусов и скидок, в т.ч. по СКМ (3%).

#### **Аптека АСНА ООО «Кимрон»** 8

Аптека занимает отдельное помещение на 1-м этаже торговой пристройки со стороны Октябрьской ул. Посетителей обслуживает один фармацевт через закрытое окно. В торговом зале установлен планшет, и каждый посетитель может оформить заказ в режиме реального времени. Причем при интернет-бронировании препаратов на сумму свыше 3 тыс. руб. действует специальная скидка. Скидки предоставляют также по СКМ (1–5% в зависимости от наименования ЛП) и картам лояльности АСНА.

#### **Аптека ООО «Фармленд-TDN»** 9

Круглосуточно работающая аптека расположена на 1-м этаже 5-этажного жилого дома, вход в торце здания со стороны двора. Обслуживают покупателей через два окна при закрытой форме торговли. Широко представлены рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты, лечебная косметика, медицинская техника, витамины, лекарственные травы, трости. В аптеке функционирует отдел оптики, где можно приобрести готовые медицинские и солнцезащитные очки, очковые оправы для взрослых и детей, а также контактные линзы и средства для ухода за ними. Желающие могут бесплатно измерить артериальное давление, что особенно ценно для пожилых людей. Скидок по СКМ нет, но на это никто особо не обращал внимания.

#### **АП ООО «Неовит»** 9

Аптечный пункт занимает небольшое помещение из двух комнат на 1-м этаже 16-этажного жилого дома. вход со двора, с торца, со стороны 1-й Ямской ул. Вывеска apteka.ru дает понять, с каким сайтом работает ООО. При закрытой форме торговли отпуск ведется через одно окно. Посетителям предлагается широкий выбор аптечной продукции, отдельно отметим фитотерапию, а также стильные оправы для очков и трости. Скидка по СКМ составляет 2%.

**АП №560 АС «Аптеки «Столички»** 9

Аптечный пункт, функционирующий в пристройке к жилому дому, очень популярен, в первую очередь, у местных жителей, благодаря низким ценам и отличному ассортименту.

В торговом зале для удобства установлен инфомат и несколько стульев. При закрытой форма торговли отпуск ведется через 2 окна.

**Аптека №20 АС «Аптеки столицы»** 10

Аптека функционирует рядом с автобусной остановкой, соседствуя с салоном оптики. Ранее здесь располагался знаменитый «Аптечный склад №1», о чем знают большинство респондентов из числа местных жителей. В аптеке два просторных изолированных друг от друга торговых зала имеют отдельные входы. В одном зале осуществляется отпуск безрецептурных препаратов, парафармацевтики, а также препаратов по внутриаптечной заготовке сети (кремы, мази, препараты по индивидуальным рецептам). В другом — отпуск препаратов по льготным рецептам, обслуживание осуществляется через 4 окна посредством электронной очереди. В обоих залах чистота, работает кондиционер. Скидка по СКМ 7,5%. Ассортимент очень богатый и цены — средние по району.

**АП №794 АС «Аптеки «Столички»** 10

Аптечный пункт очень популярен у местных жителей благодаря отличному ассортименту и низким ценам, а также своему расположению рядом с универсамом «Пятерочка». Вход в аптеку оборудован пандусом. При закрытой форме торговли отпуск ведется через 3 окна. В торговом зале установлен ряд мягких стульев.

**АП АС «Планета здоровья»** 11

Аптечный пункт с круглосуточным режимом работы занимает небольшое помещение на первом этаже 5-этажного жилого дома в непосредственной близости от проезжей части и подземного перехода через ТТК. Торговый зал весьма скромный, посетителей обслуживают через 2 окна. В ассортименте все самое необходимое:

лекарственные препараты, средства гигиены, косметика и разнообразные товары для здоровья, причем по едва ли не самым низким ценам по району. Скидка по СКМ составляет 3%.

**Аптека АС «Самсон-фарма»** 12

Аптека занимает небольшое помещение на 1-м этаже жилой 5-этажки напротив выхода из ст. м. «Марьино Роща» и ТЦ «Райкин плаза». Посетителей обслуживают через 3 окна, для выкупа забронированных на сайте ЛС предусмотрено еще одно окно. В торговом зале установлен инфомат, а также оборудовано место, где можно бесплатно измерить давление. Скидки предоставляются по СКМ (2,5%), а также картам постоянного покупателя сети.

**Аптека АС «Здоров.ру»** 12

Аптека расположена на 1-м этаже пристройки к жилому дому неподалеку от ст. м. «Марьино Роща». Форма торговли закрытая, посетителей обслуживают через 5 окон посредством электронной очереди. В торговом зале установлены инфомат, столик, стулья, работает кондиционер. Благодаря низким ценам, хорошему выбору препаратов, а также удобству обслуживания эта аптека пользуется большой популярностью как у местных жителей, так и у тех, кто приезжает в район по служебной необходимости.

**АП №5 АС «Ваша №1»** 12

Аптечный пункт — один из самых популярных в районе — занимает небольшое помещение на 1-м этаже пятиэтажки со стороны ТТК. Как говорится, «мал золотник да дорог». К сожалению, летом из-за листвы деревьев вывеску практически не видно, но постоянные посетители и так знают сюда дорогу. Обслуживают их через 3 окна при закрытой форме торговли. Цены в аптеке реально низкие, при этом ассортимент радует глаз разнообразием. Владельцы СКМ могут рассчитывать на скидку в размере 3%. Кроме того, можно воспользоваться сервисом заказа лекарств на сайте сети.

**Елена САВЧЕНКО**



## Марина МАКАРОВА: «МЫ ПОМОГАЕМ ЛЮДЯМ ВЫЗДОРАВЛИВАТЬ!»

Не секрет, что одной из важнейших актуальных проблем отечественного фармрынка является извечный спор о стратегическом направлении развития аптечного розничного рынка. Многие аптеки придерживаются экономических или логистических моделей, направленных на повышение продаж. Однако другие сходятся в том, что в основе стратегии развития любой специальности, тем более фармацевтической, лежат не материальные, а нравственные ценности. Без них эта важнейшая специальность перестает развиваться, удовлетворять требованиям посетителей. К числу сторонников этой идеи относится **Марина Викторовна Макарова**, заведующая аптечным пунктом ООО «БиЭсСи Фарм» на ул. Правды, д. 7/9.

### Марина Викторовна, расскажите о себе, почему выбрали профессию аптекаря?

Я выпускница Пятигорского фармацевтического института. В нашей семье очень много медиков, поэтому мне всегда хотелось связать свою жизнь с медициной, но свой выбор я остановила на фармации и ни разу не пожалела. Мне было интересно учиться и потом работать. Помогать людям выздоравливать — этот девиз всегда актуален.

После института я начала работать в Воронеже провизором-аналитиком в аптеке, имевшей производственный отдел. Жила в общежитии, и соседи, зная о моей специальности, постоянно обращались ко мне за помощью, что для меня как молодого специалиста было очень приятно. А с началом перестройки оказалось, что моя специальность невероятно востребована.

Через какое-то время, выйдя замуж, я переехала в Москву и после декретного отпуска уже более 20 лет работаю в должности заведующей. Конкретно в этой аптеке, которая существует с 2013 г., я тружусь около двух лет.

### Вы начинали работать во времена СССР. Что бы Вы перенесли в нынешнее время из того периода? И какие плюсы видите сейчас?

Самое главное отличие состоит в том, что раньше аптека не считалась коммерческой организацией. И коммерческая основа, которая прослеживается в сегодняшних аптеках, меняет само восприятие аптеки. Главный принцип многих аптечных организаций: «Мы не

оказываем медицинскую помощь, мы продаем лекарства». Но для меня такой подход крайне неприятен и является скорее минусом для аптеки. В любых условиях аптека должна оставаться, прежде всего, медицинским учреждением. К счастью, не все воспринимают аптеку как банальное предприятие торговли. Несмотря на то, что государство приняло участие в жизни аптек в виде перечня ЖНВЛП с зарегистрированными ценами, все же хотелось бы, чтобы была некая государственная программа, которая бы более жестко регулировала деятельность розничного сектора фармрынка. Тогда мы смогли бы избежать чисто коммерческого подхода к аптечному делу.

Еще один важный момент. Из своего прошлого опыта часто вспоминаю, что ранее при складе работала контрольно-аналитическая лаборатория, которая занималась анализом препаратов, находящихся на складе, и контролировала все аптечные учреждения. Ежемесячно провизор-аналитик как ответственный за качество приходил на учебу, где рассматривались все новые законодательные акты, новшества, внедряемые в отрасль. И мы тогда были во всеоружии. К сожалению, сегодня этого нет.

В те времена не было такой широкой информационной базы, которая существует сейчас. Сегодня в интернете за секунду можно найти все, что нужно. С одной стороны, это облегчает работу, а с другой — нужно разбираться в огромном количестве наименований, которые присутствуют на фармацевтическом рынке. И если бы не

наличие информационной базы, мы не могли бы полноценно помогать людям.

Несомненным плюсом является и отсутствие дефицита на препараты. Раньше был огромный список остродефицитных товаров, которые стояли на строгом учете. Сейчас этого нет. Также сегодня мы можем предложить большой ассортимент российских препаратов, аналогов на любой вкус. По моему мнению, многие российские препараты вполне конкурентоспособны. Главное — правильно проконсультировать клиента и дать всю необходимую информацию.

### Как я понимаю, для этого нужны квалифицированные кадры?

Безусловно. Сейчас у нас работают два прекрасных специалиста первого стола. Для нас важно, чтобы специалист, в первую очередь, был квалифицированным, мог ответить на любые вопросы посетителей, имел хорошие фармакологические знания и был в курсе всех изменений, которые происходят на законодательном поле.

В силу специфики месторасположения аптечного пункта к нам часто приходят люди, которым необходим индивидуальный подход, понимание и сочувствие. Именно поэтому, как я полагаю, умение общаться с людьми, выходить из конфликтных ситуаций и не создавать их — это одна из главных составляющих нашей профессии.

### Как подходите к обучению ваших специалистов?

Очень важно быть в курсе событий, происходящих на фармацевтическом рынке. Поэтому

мы следим, чтобы сотрудники постоянно повышали свой профессиональный уровень: следили за новинками рынка, посещали семинары от ведущих фармкомпаний, общались с медицинскими представителями, которые предоставляют необходимую и актуальную информацию.

Часто эта информация касается изменения инструкции или упаковки, и нам необходимо знать об этих нововведениях. Тем не менее мы хотели бы получать больше информации о сравнительной характеристике препаратов. Для нас это чрезвычайно важно, ведь мы не продвигаем препараты, а даем консультации населению.

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

И снова я обращаюсь к опыту прошлых лет. Раньше процесс обучения был построен по-другому — основной упор делался на химию, а сейчас на фармакологию. Поэтому если в учебном заведении сильная фармакологическая база, работать выпускникам будет гораздо проще. К первостольникам сейчас предъявляются очень высокие, я бы даже сказала, завышенные требования. По новому стандарту они должны оказывать фармацевтическое информирование и фармацевтическое консультирование, в зависимости от того, является препарат рецептурным или безрецептурным. Нужно знать побочные действия, способ приема, способ хранения.

Молодые специалисты испытывают дефицит практических навыков, они приходят с опытом! Например, в нашем коллективе работал молодой специалист (студентка), которая получила среднее фармацевтическое образование и, работая у нас, одновременно получала диплом провизора. Практическая работа в аптеке помогала ей в обучении. Она понимала, что ее профессиональное будущее — исключительно в ее же руках. Это раньше существовало наставничество, сейчас такой практики, увы, почти не встретишь.

Но я бы не была столько категорична в оценках профессионализма молодых фармацевтов. Лично мне очень нравится работать с молодежью. Начинающие специалисты быстрее учатся, хотят постигнуть азы специальности с учетом



знаний и мнения более опытных коллег, осваивают технику, находят информацию в интернете.

### Кто является вашими постоянными клиентами? Часто ли обращаются за консультацией?

Наш район довольно «тихий» и конкурентов рядом с нами немного, а в постоянных посетителях не только местные жители, но и офисные работники, сотрудники телеканала «Россия». Люди могут себе позволить приобрести дорогие оригинальные препараты, поэтому у нас достаточно высокий средний чек.

Наши посетители очень любят консультироваться и приходят к нам не только за лекарствами, но и за душевным разговором, пониманием. Одиноким людям часто нужно с кем-то поговорить, и если провизор находит с ними общий язык, они становятся буквально близкими людьми.

### Хорошо, когда нет конкурентов?

Неплохо. Но рассчитывать только на это не стоит. Качество обслуживания — вот наш главный приоритет. За счет того, что проходимость у нас не такая большая, мы можем уделить достаточно внимания каждому посетителю. Наши постоянные клиенты выбирают такое время, когда в аптеке немного людей и есть возможность получить подробную консультацию на интересующую каждого тему. Кроме того, мы предоставляем возможность сделать индивидуальный заказ и быстро получить его в удобное время. Сетевые аптеки нам проигрывают в оперативности.

Мы сотрудничаем с сайтом интернет-заказа «ЗдравСити» и считаем такое сотрудничество взаимовыгодным.



### Многие люди хотят сэкономить время на визитах к врачу и занимаются, по сути, самолечением. Как Вы относитесь к этому?

Конечно, отрицательно! Подчеркну, что мы не имеем права назначать препарат, а можем лишь предоставить информацию. Лекарственное средство выписывает врач, причем по МНН. Если клиента не устраивает цена на определенное торговое наименование, фармацевт может заменить препарат на аналог от другого производителя (действующее вещество у них одно). Если речь идет о безрецептурном препарате, мы узнаем у посетителя, что его беспокоит, задаем очень много вопросов перед тем, как что-то порекомендовать.

### Бывают ли случаи, когда посетители просят что-то пояснить в инструкции по применению?

Инструкции написаны для медицинских работников, поэтому в большинстве стран она вообще не выдается. В инструкции указаны медицинские термины, которые не понятны обычным людям. Часто слишком подробно описаны побочные эффекты, что пугает пациентов. Не зря в последнее время много говорится о листовке-вкладыше, где было бы описание краткое и доступное для понимания пациента. А ведь нужно обращать внимание на градации, насколько часто были выявлены те или иные эффекты. Риск и пользу препарата может оценить только врач. Просто важно помнить, что препараты нужно принимать только в случае необходимости.

### Учитывается ли в ассортименте аптеки социальная составляющая? Существуют ли в вашей аптеке дисконт-программы?

Да, мы выдаем накопительную дисконтную карту, а также предоставляем скидку по СКМ в размере 5%. При этом мы обязательно учитываем спрос при формировании ассортимента. Все-таки мы находимся почти в центре Москвы, где живут состоятельные пациенты, и наш район бюджетным не назовешь.

Всего в аптеке насчитывается почти 5 тыс. наименований. Спросом пользуются дорогостоящие препараты, лекарства для лечения ЖКТ, сердечно-сосудистых заболеваний, а вот количество лечебной косметики в ассортименте мы сокращаем. Но даже на такую мелочь, как бинты, посетители обращают внимание. Кому-то

необходимы именно тканые бинты, другим — нетканые. То же касается разнообразных пластырей или салфеток. Так что мы стараемся учитывать любое пожелание.

### Повлияла ли на работу аптеки недавняя ситуация с коронавирусом?

Еще как повлияла! Офисы не работали, и количество наших посетителей значительно уменьшилось. Многие из них покупали витамины, парафармацию — шампуни, лечебные лаки, другие сопутствующие товары. Местные жители в самом начале карантина закупили у нас все необходимые препараты на несколько месяцев вперед и длительное время в аптеку не приходили. В основном это касалось курсовых препаратов, которые люди принимают постоянно.

Естественно, многие старались приобрести препараты и для лечения коронавируса, профилактики его и средств защиты. К сожалению, некоторое время, как и многие другие аптеки, мы испытывали проблемы с масками, перчатками и другими защитными средствами. Что касается противовирусных препаратов, то проблем у нас, к счастью, не было. Однако некоторых позиций в нашем ассортименте нет до сих пор, например, препарата «Тамифлю». Но главное, что мы остались на плаву, — продолжаем работать. Ведь не секрет, что многие аптеки закрылись, не выдержав обстоятельств.

### С 1 июля вступила в действие система мониторинга движения лекарственных препаратов с обязательной маркировкой. С трудностями не столкнулись?

Сама идея маркировки замечательная, я отношусь к ней положительно, но вопросов возникает много, особенно к самой организации процесса. Наша аптека к такому шагу готова и полностью прошла необходимые тесты. Однако еще не все поставщики готовы к нововведениям, да и система еще не полностью отлажена. Сейчас все трактуют приказ так, что обязательной маркировке подлежат лекарства, произведенные после 1 июля, поэтому препараты, произведенные до этой даты, даже если на них стоит маркировка, в систему никто не запускает.

Я думаю, что велика вероятность того, что вырастет цена на дешевые препараты, т.к. маркировка должна быть учтена в стоимости. Для аптек все это достаточно сложно и нет ответов

на многие вопросы. Мы должны будем отсканировать при приеме все упаковки. Допустим, наш аптечный пункт небольшой. И мы получим 100 упаковок. А если крупный склад получает сотни тысяч упаковок? Как можно будет принять каждую упаковку?

Такие же сложности возникают и при отпуске препарата. Например, посетитель хочет купить 10 упаковок препарата. Ранее по одному штрихкоду мы продавали все 10 упаковок. Сейчас нужно будет сканировать каждую упаковку по отдельности. Если специалист первого стола ошибется и отпустит не то, непонятно, что дальше делать с этой упаковкой. Пока еще никто не знает, как все это будет работать. В ближайшие полгода вряд ли полностью удастся отладить систему МДЛП.

Думаю, возникнут сложности и с интернет-заказами. Они приходят в упаковке, и мы их не вскрываем. При маркировке мы должны будем вскрыть каждый заказ. Для моих сотрудников это дополнительная работа!

Самое обидное, что все это, по-моему, делается если только для того, чтобы исключить «исчезновение» части госзакупок для больниц и поликлиник. Не секрет, что большое количество препаратов и изделий медицинского назначения в этой сфере уходит «налево». Может быть, нужно сначала там навести порядок? Вместо этого пугают штрафами розницу. А штраф, между прочим, почти 100 тыс. руб., что означает фактическое банкротство небольшого аптечного предприятия...

### Если вернуться к вопросу, кто, на Ваш взгляд, формирует его в большей степени — реклама или медицина?

К сожалению, реклама. Часто люди идут в



аптеку вслед за увиденными рекламными роликами, прочитанным в СМИ и интернете. Большую часть пищевых добавок рекламируют различные сомнительные издания. Бывали случаи, когда наши посетители, прочитав о том, что нужно пить перекись (!), бежали в аптеку закупать ее в невероятных количествах. Хотя в основном это касается рекламы дешевых препаратов, пищевых добавок, мазей от боли в спине и т.д. Как говорится: «Все это было бы смешно, когда бы не было так грустно...»

### **Много говорится о разрешении дистанционной торговли, доставки лекарств на дом. Как Вы на это нововведение смотрите?**

Если честно, я не сторонник дистанционной торговли. Лекарства должны продаваться только в аптеках. Скажем так, мы не знаем возраст клиента, который сделал заказ, а последствия могут быть даже от приема, казалось бы, самого безобидного препарата. Я видела, что в магазинах начали продавать БАД. А ведь многие из них в составе содержат вещества, которые могут быть только в рецептурном препарате.

К аптечной организации предъявляются очень высокие требования по стандарту с обязательным лицензированием фармдеятельности. Возникает вопрос: «Почему мы должны все выполнять под угрозой проверок контролирующих органов вплоть до лишения лицензии, а магазин нет?» Хотя мировая практика показывает, что в любом месте можно купить какие-то элементарные вещи. И все же, я думаю, для нашего менталитета еще рано вводить такие новшества.

Что касается доставки, то при отпуске препаратов мы должны предоставить посетителю огромное количество информации. Сможет ли это сделать курьер? Вряд ли. Дистанционная доставка специалистом не возбраняется, но мне кажется, это небезопасно, и не все поддерживают эту идею. У нас есть рецептурные, сильнодействующие препараты, подлежащие ПКУ. И как быть в этом случае?

### **Что, по Вашему мнению, нужно аптеке для того, чтобы стать успешной?**

Здесь слагаемое из многих факторов. Главное — нужно удовлетворять потребности населения. Безусловно, нужны высококлассные специалисты, достаточные материальные возможности для их подготовки и для ведения бизнеса вообще. Сегодня многие посетители обращают внимание на то, как оформлен торговый зал. Важно качественно и количественно поддерживать ассортимент, быстро реагировать на изменяющийся спрос. Как показывает опыт, возможность иметь низкую цену тоже очень важна, но я бы поставила ее на одно место с качеством обслуживания. В дисконт-аптеках большие очереди, что нравится не всем посетителям, и возможность консультирования сведена к минимуму. А у нас здесь домашняя, душевная обстановка, что отмечают все посетители.

### **В будущее смотрите с оптимизмом, не смотря на возможные трудности?**

Это зависит от характера человека. Лично я в будущее смотрю с оптимизмом и уверена, что любые трудности можно преодолеть.

**Елена ПИГАРЕВА**



## ТОНКОСТИ РАБОТЫ С ТЕРМОЛАБИЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В АПТЕКЕ

«Официально термин «холодовая цепь» используется для хранения, транспортировки и отпуска иммунобиологических препаратов. Но говорить мы будем обо всех термолабильных лекарственных препаратах, которые есть в аптечном ассортименте», — так начала свой вебинар **Лариса Гарбузова**, к.фарм.н., доцент кафедры управления и экономики фармации СЗГМУ им. И.И. Мечникова.



Нормативные документы, регламентирующие условия обращения именно с термолабильными препаратами, это в принципе все те нормативные документы, регламентирующие условия хранения лекарственных препаратов (приказы Минздрава РФ

№646н, №647н, №706н, постановление Главного санитарного врача РФ №19, постановление Правительства РФ №1148 и др.).

В фармакопейной статье нет понятия «термолабильные препараты», есть понятие «термочувствительные», т.е. препараты, которые могут изменять свои свойства под воздействием определенных температур. Есть фармакопейная статья, которая посвящена хранению лекарственных средств (с 1 июня новая редакция этой статьи — в приказе Минздрава РФ №352н), которая позволяет решать вопрос с влажностью:

если препарат не требует особых условий хранения, то он может храниться при влажности не более 65%. В новой редакции статьи никаких изменений в отношении хранения термолабильных препаратов нет. Иногда в маркировке на лекарственный препарат может быть написано не про температурный диапазон хранения, а используется термин «холодильник или прохладное место, или хранение в морозильной камере, или условия глубокого замораживания». По новым требованиям XIV Фармакопеи производитель должен указывать именно температурный диапазон.

### ■ О транспортировке термолабильных препаратов говорится в нескольких документах

Это соответствующая фармакопейная статья, а также Правила надлежущей дистрибуторской практики и приказ Минздрава РФ №646н (Пр. 646н). Термолабильные препараты транспортируются в специальных транспортных средствах: рефрижераторах, термоконтейнерах при наличии необходимых приборов (терморегистраторы, термографы и пр.). Продолжитель-

ность транспортировки термоконтейнеров не должна превышать время, в течение которого они гарантируют поддержание необходимой температуры.

Согласно Пр. 646н, по запросу аптечной организации поставщик обязан предъявить сведения о соблюдении температурного режима при перевозке лекарственных препаратов. В Правилах надлежащей аптечной практики сказано, что критерием отбора поставщиков может стать то, насколько поставщик соблюдает правила транспортировки лекарственных препаратов.

Также в Правилах надлежащей дистрибуторской практики отмечено, что по запросу покупателя должны быть предоставлены данные, подтверждающие соблюдение температурного режима при хранении и транспортировке термолабильных лекарственных препаратов.

Аптечная организация должна оценить условия транспортировки. Обычно в договоре с поставщиком указана необходимость подтверждения соблюдения температурного режима (либо предоставляется распечатка с терморегистраторов, либо флешка с показаниями с терморегистратора). В журнале регистрации результатов приемочного контроля можно сделать отдельную строку для условий транспортировки ЛП. Если поставщик не соблюдает условия транспортировки, аптека имеет полное право не принимать такой товар.

В фармакопейной статье есть еще одна существенная фраза: при хранении лекарственных средств, требующих защиты от влияния факторов внешней среды (света, температуры, атмосферного состава воздуха и др.), необходимо обеспечить указанный в фармакопейной статье или нормативной документации режим хранения.



Отклонения от регламентируемых условий допускаются однократно только на краткосрочный период (не более 24 час.), если при этом специальные условия, например, постоянное хранение в холодном месте, не оговорены отдельно. Советуем в отношениях с поставщиком четко придерживаться определенной позиции, чтобы поставщики не злоупотребляли этой возможностью. Трудно интерпретировать фразу «если при этом специальные условия, например, постоянное хранение в холодном месте, не оговорены отдельно». Есть лекарственные препараты, в маркировке которых сказано, что допускаются условия транспортировки с отклонением от условий хранения. Не стоит надеяться на эту фразу из фармакопейной статьи, а требовать от поставщиков необходимых условий транспортировки. Если аптеки будут использовать услугу дистанционной торговли, то в данном случае может понадобиться возможность отклонения от условий хранения, когда будет осуществляться доставка ЛП.

#### ■ Условия транспортировки иммунологических лекарственных препаратов отдельные

Определение таких препаратов дано в Федеральном законе от 12.04.10 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (ст. 4). К ним относятся вакцины, анатоксины, токсины, сыворотки, иммуноглобулины, аллергены. Эти препараты хранятся отдельно от других лекарственных препаратов, их нельзя транспортировать совместно с другими лекарственными препаратами, есть особенности при отпуске, необходимо вести в аптеке журнал движения иммунологических препаратов.

Вопросы, что относится к иммунологическим препаратам, еще остаются. До сих пор не внесены изменения в инструкции по применению некоторых препаратов, которые сейчас не относятся к иммунологическим препаратам, но в инструкции к ним указано, что они иммунологические. Все, что касается холодовой цепи для иммунологических препаратов, изложено в постановлении Правительства РФ от 17.02.16 №19 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.3.2.3332-16 «Условия транспортирования и хранения иммунологических лекарственных препаратов» (ПП 19).

При транспортировке таких препаратов предоставляются не только все сведения об условиях транспортировки, поставщик по запросу обязан предоставить документальное подтверждение о своевременных проверках указанных приборов.

#### ■ Приемочный контроль иммунобиологических препаратов тоже прописан ПП 19

Это вскрытие термоконтейнеров, проверка показаний приборов контроля температуры, проверка сроков годности (не менее 4 месяцев), подтверждение необходимых условий транспортировки иммунобиологических препаратов, распаковка и перемещение ИЛП в места хранения). Прием термолабильных препаратов осуществляется в первую очередь (в течение 10 мин.).

Термолабильные препараты хранятся в фармацевтических холодильниках, холодильниках для крови и ее препаратов, холодильниках, холодильных камерах, промышленных холодильниках. Все они должны быть обеспечены термометрами.

Требования к холодильному оборудованию для хранения термолабильных лекарственных препаратов изложены в фармакопейной статье. Контроль температуры в холодильном оборудовании при хранении термолабильных ЛП осуществляется ежедневно.

#### ■ Новшества, которые нас ожидают в связи с разрешением осуществления дистанционной торговли лекарственными препаратами

Постановление Правительства РФ от 16.05.20 №697 «Об утверждении Правил выдачи разрешения на осуществление розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения дистанционным способом, осуществления такой торговли и доставки указанных лекарственных препаратов гражданам и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросу розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения дистанционным способом» (ПП 697) говорит о том, что такая продажа осуществляется при условии специально оборудованных мест (помещения) для хранения сформированных заказов в соответствии с Правилами надлежащей практики хранения и перевозки ЛП для медприменения.

Сформированный заказ упаковывается в герметичную транспортную упаковку, обеспечивающую защиту ЛП от внешнего воздействия и дающую возможность подтверждения факта вскрытия. В этом постановлении есть также фраза «в случае, если ЛП требуют разных условий хранения или доставки, то заказ упаковывается в несколько герметичных транспортных упаковок».

Есть проект административного регламента на выдачу разрешения на дистанционную торговлю от Росздравнадзора (какие документы необходимы). Пока это проект, но, по нашим данным, уже 5 аптечных сетей подали заявку на получение разрешения. Необходимы следующие документы: сведения о системе кондиционирования в аптеке, холодильном оборудовании для хранения ЛП, вентиляционной системе, термогигрометрах, ином оборудовании, используемом при регистрации температуры и влажности в помещениях в процессе формирования и хранения заказа.

Пр. №647н регламентирует условия размещения оборудования для хранения ЛС. Установка оборудования должна проводиться на расстоянии не менее 0,5 метра от стен или другого оборудования, чтобы не мешать очистке, дезинфекции и другим работам с оборудованием. Оборудование не должно загораживать естественный или искусственный источник света и загромождать проходы.

#### ■ Требования к хранению иммунобиологических препаратов содержатся в санитарных правилах

В холодильниках должен быть один встроенный термометр, два автономных термометра, два автономных термоиндикатора или



терморегистратора. При хранении иммунобиологических препаратов можно использовать не только фармацевтические холодильники, но и бытовые, которые необходимо заменять в плановом порядке. Показания термометров, термоиндикаторов хранения иммунобиологических препаратов заносятся в журналы, форма которых утверждена санитарными правилами. Хранятся такие журналы год, не считая текущего. В ПП 19 есть требование к точности измерения температуры при хранении иммунобиологических препаратов (погрешность не должна превышать  $0,5^{\circ}\text{C}$ ), шаг измерения — одна минута. Термометры могут не являться средствами измерения температуры при хранении иммунобиологических препаратов, т.е. не зарегистрированы как таковые, но при этом должны обладать заявленными точностными характеристиками и проходить проверку. Термоиндикаторы не должны быть зарегистрированы как средства измерения, но должны быть зарегистрированы как медицинские изделия. При хранении иммунобиологических препаратов документы, которые подтверждают своевременное проведение проверок, должны храниться у должностного лица, ответственного за холодовую цепь. При хранении термолабильных препаратов также соблюдаются все требования, предусмотренные при хранении всех препаратов (в потребительской упаковке, при хранении в шкафах размещены этикеткой (маркировкой) наружу, ЛП должны быть идентифицированы при помощи стеллажных карт или кодов, ЛП в холодильниках размещаются с учетом фармакологических групп, способа введения, категории отпуска (рецептурные или безрецептурные и др.)). В холодильниках нужно выделить карантинные зоны

для хранения лекарственных препаратов (приостановленные в обращении, вызывающие сомнения в качестве и пр.) и для хранения других товаров аптечного ассортимента.

По поводу плана действия в чрезвычайной ситуации: разработка такого плана входит в обязательные требования при обороте иммунобиологических лекарственных препаратов. И план должен быть очень конкретным. В санитарных правилах сказано, что не реже одного раза в год необходимо проводить учения по выполнению плана экстренных мероприятий по обеспечению холодовой цепи в ЧС.

### ■ Порядок отпуска термолабильных ЛС в аптеках населению

Обязательно при продаже, фармацевтическом консультировании проинформировать покупателя о правилах хранения таких препаратов в домашних условиях. Особенно это актуально в летний период. Возможные варианты отпуска термолабильных ЛП:

- в термоконтейнерах (покупатель или приносит с собой или покупает в аптеке);
- в термосах (покупатель приносит с собой);
- в термопакетах (покупатель приносит с собой или ему выдается в аптеке бесплатно).

Отпуск иммунобиологических препаратов без термоконтейнера не допускается. Все необходимые условия транспортировки такого препарата необходимо разъяснить покупателю. Провизор делает отметку на упаковке, рецепте или ином документе о проведенном инструктаже, ставит подпись, как и покупатель.

Порядок доставки термолабильных лекарственных препаратов при дистанционной торговле определяет, что при доставке заказов используются транспортные средства, обеспечивающие поддержание необходимого температурного режима, иное соответствующее оборудование.

При осуществлении доставки заказа, содержащего термолабильные ЛП, покупатель вправе потребовать продемонстрировать соответствие температурного режима при доставке условиям хранения.

В перечень документов к заявлению о разрешении аптеке на дистанционную торговлю входят документы, подтверждающие наличие оборудования, обеспечивающего поддержание необходимого температурного режима для



доставки ЛП (термоконтейнеры, термобоксы, сумки-холодильники и пр.). Если аптека будет пользоваться сторонней курьерской службой, то необходимо предоставить в Росздравнадзор договор со службой курьерской доставки, имеющей оборудование, обеспечивающее поддержание необходимого температурного режима для доставки термолабильных препаратов.

Лицензия на транспортировку не нужна, ведь в лицензии на фармдеятельность

в видах работ и услуг должна быть указана перевозка.

При дистанционной продаже **доставка — это не перевозка**. Вносить изменения в лицензию на фармдеятельность, включая перевозку, не нужно, если есть доставка в рамках дистанционной продажи.

По материалам вебинара «Холодовая цепь от А до Я»  
(организатор: «КатренСтиль»)

**Анна ГОНЧАРОВА**



## АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНЫЕ СРЕДСТВА

**Преферанская Нина Германовна**

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

Главными причинами в возникновении кислотозависимых заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) раньше считалось неправильное питание (острая пища), низкая рН (0,7–1,5) желудочного сока, стрессы и повышенная физическая нагрузка. В это время кислотно-пептическая теория патогенеза язвенной болезни являлась приоритетной и самыми распространенными мнениями ученых были: «нет кислоты — нет язвы» или «нарушения между факторами агрессии и факторами защиты приводят к повреждению и к язве». Однако с открытием бактерий *Helicobacter pylori* (далее — *H. pylori*) эти постулаты были поставлены под сомнение.

Впервые инфекционная теория ульцерогенеза была высказана в конце XIX в.

Подтверждением этому стало обнаружение спиралевидной бактерии в слизистой желудка животных и человека. Впервые ее обнаружил в желудке собак G. Bottcher в 1874 г. В 1896 г. H. Solomon описал бактерии *H. pylori* и показал, что они могут передаваться от мышей домашним животным. Основным путем передачи этой инфекции считается фекально-оральный, а риск заражения зависит от социальных и гигиенических условий.

Спустя сто лет, в 1982 г. австралийскими учеными — врачом Барри Джеймс Маршаллом и патологом Джоном Робин Уорреном А.С. была выделена первичная культура неидентифицированных маленьких изогнутых бактерий больного. Свою гипотезу они опубликовали в 1984 г., доказав связь этих бактерий с активным хроническим антральным гастритом, язвой и раком желудка. Однако это предложение было встречено с недоверием в медицинском сообществе и только в 2005 г. за свое открытие по изучению влияния бактерий на возникновение гастрита и язвы этим ученым была присуждена Нобелевская премия в области медицины и физиологии.

При язвенной болезни граммотрицательная спиралевидная жгутиковая бактерия *H. pylori* обнаруживается практически у каждого больного.

Ею инфицированы около 2/3 населения планеты. Многие ее носители не знают об этом, т.к. нет никаких внешних симптомов проявления. Чаще она выявляется в период обострения болезни желудка и 12-перстной кишки. Обнаруженные микроорганизмы в пилорической части слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишке считаются одной из многочисленных причин развития хронических антральных гастритов, образования язв в желудке и 12-перстной кишке, за счет выделения ими токсических ферментов и продуктов жизнедеятельности, повреждающих слизистую оболочку.

*H. pylori* встречается на неизменной слизистой оболочке желудка в 4% случаев, при гастритах в 90–94%, при дуоденальной язве в 70–100% и у больных язвенной болезнью желудка в 100% случаев. Язвенной болезнью страдают по данным разных стран от 2,9 до 10% взрослого населения.

*H. pylori* обладает уникальными микробиологическими характеристиками, которые позволяют ей подщелачивать окружающую среду в желудке. Возникает усиление секреции соляной кислоты, что снижает секрецию бикарбоната (щелочи) в двенадцатиперстной кишке. Нарушается кислотно-щелочное равновесие и в желудке, и в двенадцатиперстной кишке, из-за чего микроорганизм еще сильнее колонизирует

слизистую оболочку, формирует ее повышенную восприимчивость к соляной кислоте, и в слизистой начинается воспаление, приводящее в дальнейшем к развитию язвенных дефектов.

*H. pylori* является микроаэрофильным, грамотрицательным, каталазо- и оксидазо-положительным микроорганизмом. Бактерия обладает рядом приспособительных механизмов к существованию в агрессивной среде, что позволяет ей колонизировать слизистую оболочку желудка. Локализуется в основном под слоем защитной слизи и между клетками желудочных желез. Обладает высокой активностью таких ферментов, как уреазы, каталазы, липазы, муциназы, фосфолипазы A<sub>2</sub>. Активные ферменты препятствуют губительному действию фагоцитов на эту бактерию, этим объясняется ее способность сохранять жизнеспособность в кислой среде желудка, в условиях, в которых ни одна бактерия выжить не может. Фермент уреазы с абсолютной субстратной специфичностью катализирует гидролиз мочевины до диоксида углерода и аммиака. Образовавшиеся ионы аммония, которые окружают данную бактерию, создают защитную оболочку. Муциназа и выделяемые токсины (цитотоксин, вакуолизирующий токсин) повреждают слизистый слой, способствуют быстрой деструкции эпителиальных клеток и вызывают дегенеративные изменения экстрацеллюлярного матрикса.

Имеются данные, что при поражении этими бактериями участка слизистой формируется локальная иммунная реакция: устремляются лейкоциты, инфильтрующие слизистую, повышается продукция ИЛ-8 (*цитокина*, запускающего воспалительную реакцию) и нейтрофилов. Возникает местная воспалительная реакция, отеки, гиперемия и нарушается трофика. Наблюдается агрегация тромбоцитов и формирование тромбов в капиллярах слизистой оболочки. Длительный контакт с бактерией может привести к атрофии слизистой оболочки желудка, а в дальнейшем к злокачественным новообразованиям.

Немецкие микробиологи доказали, что бактерии за год мутируют около 60 раз, поэтому эта болезнь может упорно повторяться на протяжении многих лет. В 1994 г. Всемирный комитет по онкологическим заболеваниям признал, что именно *H. pylori* является канцерогеном

первого ряда и одной из наиболее опасных причин развития рака желудка. Высокая подвижность и приспособительная способность *H. pylori* способствует усилению степени вирулентности отдельных штаммов этого микроорганизма. К факторам, определяющим вирулентность, относят прикрепление к клеткам (адгезия), колонизацию, инвазивность, подавление иммунного ответа и выделяемые бактерией токсины. Колонизация *H. pylori* поверхности складок слизистой оболочки желудка значительно затрудняет антибактериальную терапию.

Бактерии оказались весьма чувствительными к антибиотикам (широкого спектра действия), препаратам коллоидного висмута и производным нитроимидазола. При обнаружении этого возбудителя при язвенной болезни назначают препараты, обладающие бактерицидным действием, вызывающие гибель бактерий класса *H. pylori*. Эрадикацию проводят с помощью различных групп лекарств. Средства, вызывающие гибель бактерий, — *H. pylori*, в области язвы желудка и 12-перстной кишки называются **антихеликобактерными**.

**Классифицируют антихеликобактерные средства на:**

- **Препараты висмута** (Висмута цитрат, Висмута трикалия дицитрат);
- **Химиотерапевтические средства: антибиотики и противопротозойные препараты** (Метронидазол, Тинидазол).

**Антибиотики принадлежат:**

- к пеницилиновому ряду (Ампициллин, Амоксициллин);
- к тетрациклиновому ряду (Доксициклин);
- к макролидам (Кларитромицин).

## ПРЕПАРАТЫ ВИСМУТА

**Висмута трикалия дицитрат** (ТН «Де-нол», «Новобисмол», «Улькавис», «Витридинол», табл. 120 мг) — противоязвенный препарат с бактерицидной активностью в отношении *H. pylori* — обладает вяжущим, обволакивающим, антацидным, противовоспалительным и гастропротекторным действием.

В кислой среде желудка препарат образует с белками омертвевших тканей хелатные соединения, нерастворимые висмута оксихлорид

и дицитрат. Соединение дицитрата с гидроокисью висмута образует молекулярные комплексы различной структуры и размеров, что приводит к переходу водного раствора в коллоид. Коллоидная форма препарата позволяет ему эффективно пенетрировать в желудочную слизь, поэтому препарат хорошо проникает вглубь желудочных ямок и даже может захватываться эпителиоцитами, что позволяет ему уничтожать бактерии, находящиеся в недостижимости для других антибактериальных средств. Обладая антихеликобактерным действием Висмута трикалия дицитрат коагулирует белки микробной клетки и вызывает гибель *H. pylori*.

Антихеликобактерные свойства препарата обеспечиваются за счет снижения адгезии *H. pylori* к клеткам эпителия; ослабления действия ферментов *H. pylori* (уреаза, каталаза, липаза) и разрушения бактериальной стенки благодаря образованию комплексов-депозитов на бактериальной стенке и в периплазматическом пространстве. На поверхности язвы слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки

образуется защитная белая пенная пленка, что служит барьером от повреждающего действия соляной кислоты, пепсина и желчи, выбрасываемой в просвет кишечника. Препарат стимулирует синтез простагландинов, увеличивает образование слизи и бикарбонатов, снижает активность пепсина и пепсиногена. Все эти процессы способствуют заживлению пептических язв и восстановлению защитного барьера и снижают частоту рецидивов язв.

Препарат практически не всасывается из ЖКТ и выводится в основном с экскрементами. При длительном применении препарата может возникать потемнение языка и окрашивание кала в черный цвет (в связи с образованием висмута сульфида).

**Важно!** Висмута трикалия дицитрат противопоказан при беременности, в период кормления грудью, детям в возрасте до 4 лет, при повышенной чувствительности к компонентам препарата (аллергические реакции).

*Продолжение в МА №8/20*



## ВОПРОС — ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ

**Пациент приобрел лекарственные средства за свой счет, необходимые для лечения его заболевания, в соответствии с нормами Федерального закона от 21.11.11 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Бюджетное учреждение обязано возместить данные расходы пациенту.**

**Какие бухгалтерские записи следует отразить в учете? Какие КВР и КОСГУ применить?**

**Рассмотрев вопрос, мы пришли к следующему выводу:**

Расходы на компенсацию затрат на приобретение медикаментов, в случае наличия у бюджетного учреждения такой обязанности, отражаются по элементу видов расходов 323 «Приобретение товаров, работ, услуг в пользу граждан в целях их социального обеспечения» в увязке с подстатьей 263 «Пособия по социальной помощи населению в натуральной форме» КОСГУ.

Отражение в учете расходов по компенсации таких затрат осуществляется с применением счета 0 302 63 000 «Расчеты по пособиям по социальной помощи населению в натуральной форме».

### ОБОСНОВАНИЕ ВЫВОДА:

**В соответствии** с приказом Минфина России от 29.11.17 №209н «Об утверждении Порядка применения классификации операций сектора государственного управления» (далее — Пр-209н), конкретно п. 10.6.3 Порядка, расходы по социальному обеспечению населения вне рамок систем государственного пенсионного, социального, медицинского страхования в части оплаты и (или) компенсации (возмещения) стоимости товаров, услуг населению, в т.ч. на обеспечение лекарственными средствами различных категорий граждан, относятся на подстатью 263 «Пособия по социальной помощи населению в натуральной форме» КОСГУ.

В свою очередь, согласно требованиям п. 48.3 Порядка, утвержденного приказом Минфина России от 06.06.19 №85н (ред. от 12.05.20) «О Порядке формирования и применения кодов бюджетной классификации Российской Федерации, их структуре и принципах назначения» (далее — Пр-85н) группа 300 «Социальное обеспечение и иные выплаты населению» предназначена для отражения с учетом установленной в ней детализации по подгруппам и элементам расходов бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, а также расходов государственных (муниципальных) бюджетных и автономных

учреждений на социальное обеспечение населения и осуществление иных выплат населению (в т.ч. назначенных на основании вступивших в законную силу решений судов), направленных на осуществление в пользу граждан социальных выплат в виде пенсий, пособий, компенсаций и других социальных выплат, а также мер социальной поддержки населения, являющихся публичными нормативными обязательствами.

При этом по элементу вида расходов «323 Приобретение товаров, работ, услуг в пользу граждан в целях их социального обеспечения» отражаются расходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, а также расходы государственных (муниципальных) бюджетных и автономных учреждений на приобретение товаров, работ, услуг в целях социального обеспечения граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации (п. 48.3.2.3 Порядка Пр-85н).

Таким образом, расходы на компенсацию затрат на приобретение медикаментов, в случае наличия у бюджетного учреждения такой обязанности, отражаются по элементу видов расходов 323 «Приобретение товаров, работ, услуг в пользу граждан в целях их социального обеспечения» в увязке с подстатьей 263 «Пособия

по социальной помощи населению в натуральной форме» КОСГУ.

Для учета расчетов по принятым учреждением обязательствам перед физическими лицами в части компенсации затрат, в т.ч. связанных с приобретением медикаментов, предназначен счет 302 63 «Расчеты по пособиям по социальной помощи населению в натуральной форме» (п. 256 Инструкции №157н).

В соответствии с положениями п.п. 128 Инструкции №174н начисление компенсации

в бухгалтерском учете бюджетного учреждения отразится следующим образом:

1. Дебет X 109 XX 263 (X 401 20 263) Кредит X 302 63 737

- начислена компенсация физическому лицу в счет возмещения затрат за приобретенные лекарственные средства.

Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ

**Елена ШУБЕНКИНА**

**Медицинское учреждение организует работу обсерватора на базе гостиницы для размещения лиц, прибывающих из регионов с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в связи с COVID-19. Услуги по питанию, проживанию оказывает гостиница. Учреждением в обсерватор будут направлены собственные медицинские работники, которых следует обеспечить средствами индивидуальной защиты и дезинфицирующими средствами.**

**Как рассчитать потребность оплачивать, учитывать и списывать данные материальные ценности с учетом того, что использование материальных запасов будет осуществлено вне территории учреждения?**

**Рассмотрев вопрос, мы пришли к следующему выводу:**

В случае отсутствия каких-либо ведомственных рекомендаций по расчету нормативов потребления средств индивидуальной защиты и дезинфицирующих средств такие нормативы могут быть разработаны учреждением самостоятельно.

Отнесение материальных запасов на соответствующие подстатьи статьи 340 «Увеличение стоимости материальных запасов» КОСГУ (и соответствующие счета бухгалтерского учета) следует осуществлять по целевому (функциональному) назначению приобретаемых материальных запасов, при этом в случае приобретения в рамках одного контракта материальных запасов, которые могут быть отражены как по подстатье 341 «Увеличение стоимости лекарственных препаратов и материалов, применяемых в медицинских целях» КОСГУ, так и по другим подстатьям статьи 340 КОСГУ, медицинское учреждение может принять решение об отнесении всех расходов на подстатью 341 «Увеличение стоимости лекарственных препаратов и материалов, применяемых в медицинских целях» КОСГУ.

Списание дезсредств и средств индивидуальной защиты может быть осуществлено в общем порядке, независимо от конкретного места их потребления.

**ОБОСНОВАНИЕ ВЫВОДА:**

Нормативные документы в области бухгалтерского учета не регулируют порядка расчета нормативов потребления средств индивидуальной защиты (далее — СИЗ) и дезинфицирующих средств (далее — дезсредств) для обеспечения деятельности обсерватора в условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в связи с COVID-19. Такие нормативы могут быть установлены профильными ведомствами или вышестоящими организациями, в случае их отсутствия учреждению следует разработать их самостоятельно. Порядок направления медицинского персонала в обсерватор, их

материально-технического снабжения, нормирования выдачи СИЗ и дезсредств может быть отражен в отдельном локальном акте учреждения. Тогда как порядок бухгалтерского учета и списания указанных в вопросе материальных ценностей может быть закреплен в рамках формирования учетной политики учреждения.

При разработке норм по обеспечению СИЗ и дезсредствами должностные лица учреждения могут руководствоваться, в частности, следующими документами:

- Приказ Министерства здравоохранения РФ 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»;

- Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 22.03.20 №02/4708-2020-27 «О направлении рекомендаций по организации работы обсерватора для лиц, прибывших из регионов, неблагополучных по COVID-2019»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 01.06.09 №290н «Об утверждении Межотраслевых правил обеспечения работников специальной одеждой, специальной обувью и другими средствами индивидуальной защиты».

Следует отметить, что ни положениями Порядка №209н, ни п. 118 Инструкции №157н не урегулирован порядок отнесения указанных в вопросе материальных ценностей к конкретному виду материальных запасов и, соответственно, подстатье КОСГУ. Таким образом, любое принятое учреждением решение следует закрепить в рамках формирования учетной политики.

Руководствуясь Порядком №209н, отнесение материальных запасов на соответствующие подстатьи статьи 340 «Увеличение стоимости материальных запасов» КОСГУ следует осуществлять по целевому (функциональному) назначению приобретаемых материальных запасов (также смотрите письма Минфина России от 08.05.2019 №02-08-10/34105, от 07.06.2019 № 02-08-10/43803).

Реестр медицинских изделий, зарегистрированных в установленном порядке, размещается на официальном сайте Росздравнадзора в сети Интернет (ч. 10 ст. 38 Закона №323-ФЗ). В частности, данный реестр содержит такие наименования, как комплекты одежды, халаты, шапочки одноразовые, бахилы, маски. Исходя из этого, СИЗ могут являться медицинскими изделиями и, соответственно, могут быть отнесены к материалам, применяемым в медицинских целях. Расходы на приобретение материальных запасов, применяемых в медицинских целях, согласно п. 11.4.1 Порядка Пр-209н относятся на подстатью 341 «Увеличение стоимости лекарственных препаратов и материалов, применяемых в медицинских целях» КОСГУ. Учет активов в таком случае будет организован с применением

счета 0 105 01 000 «Медикаменты и перевязочные средства» (п. 118 Инструкции №157н).

Отметим, что СИЗ могут также рассматриваться как специальная одежда, расходы на приобретение которой относятся на подстатью 345 «Увеличение стоимости мягкого инвентаря» КОСГУ (п. 11.4.5 Порядка Пр-209н). А в соответствии с п. 118 Инструкции №157н специальная одежда и обувь учитываются в составе мягкого инвентаря. Учитывая отсутствие каких-либо ограничений на включение средств индивидуальной защиты в состав мягкого инвентаря, считаем, что учреждением может быть принято решение о применении подстатьи 345 КОСГУ для отнесения расходов по приобретению СИЗ (см. также письмо Минфина России от 24.01.20 №02-08-10/4318). Следует отметить, что, принимая решение о включении средств защиты в состав мягкого инвентаря, у учреждения по-прежнему сохраняется обязанность по соблюдению требований к особенностям его учета, в т.ч. маркировке, в случаях, определенных п. 118 Инструкции №157н.

Вместе с тем в зависимости от функционального назначения и учитывая, что средства индивидуальной защиты выдаются работникам не на длительный срок и их повторное использование, как правило, не предусматривается, учреждением может быть принято решение об их учете в составе прочих материальных запасов, с отражением расходов на приобретение по подстатье 346 «Увеличение стоимости прочих материальных запасов» КОСГУ (п. 11.4.6 Порядка Пр-209н). Тогда отражение на счетах бухгалтерского учета будет целесообразно осуществлять с применением счета 0 105 06 000 «Прочие материальные запасы».

Закупка дезсредств, а также СИЗ в части масок и перчаток, медицинскими учреждениями может быть осуществлена по подстатье 341 «Увеличение стоимости лекарственных препаратов и материалов, применяемых в медицинских целях» КОСГУ (см. письмо Минфина России от 06.04.20 №02-08-10/27111). Закупка дезсредств не в медицинских целях отражается по подстатье 346 «Увеличение стоимости прочих материальных запасов» КОСГУ.

В ситуации, когда в рамках одного контракта приобретаются материальные запасы, которые

могут использоваться как для оказания медицинских услуг, так и применяться в прочих целях, учреждением может быть принято решение об отражении расходов по такому договору по одной подстатье, например, по подстатье 341 «Увеличение стоимости лекарственных препаратов и материалов, применяемых в медицинских целях» КОСГУ. Учитывая, что нормативными документами порядок отражения расходов в подобных ситуациях не урегулирован, выбранный способ отражения расходов следует закрепить в учетной политике.

Порядок учета и списания материальных запасов не ставится в зависимость от места осуществления деятельности учреждения. Иными словами, если медицинский персонал

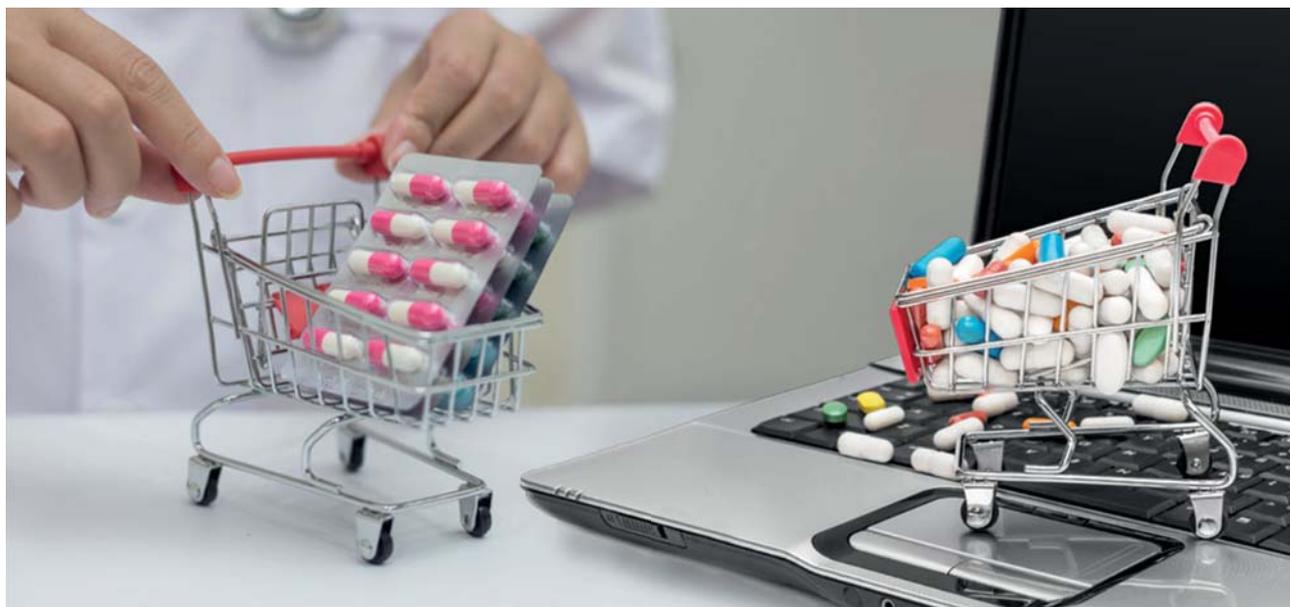
оказывает соответствующие услуги не в самом учреждении, а в обсерваторе, то учет и списание дезсредств и средств индивидуальной защиты может быть осуществлено в общем порядке. При этом в целях своевременного отражения в регистрах бухгалтерского учета и отчетности учреждения первичные документы по движению данных материальных запасов должны составляться не реже чем раз в месяц, на отчетную дату.

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

**Георгий ГУРАШВИЛИ**



[www.garant.ru](http://www.garant.ru)



## ДИСТАНЦИОННАЯ ТОРГОВЛЯ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ВИД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**В рамках онлайн-конференции специалисты обсудили законодательные аспекты, связанные с организацией онлайн-торговли и доставки лекарственных препаратов.**

**Каковы требования к компаниям, планирующим создание интернет-аптеки в соответствии с Федеральным законом №105-ФЗ? Кому доверить доставку? Как правильно реализовать маркированный товар онлайн?**

Пандемия ускорила принятие Федерального закона 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».

По данным на 2 июля, Росздравнадзором выдано 81 разрешение на осуществление торговли лекарственными препаратами дистанционным способом.

Постановление Правительства РФ от 16.05.20 №697 утвердило правила выдачи таких разрешений и определило условия, которые должны соблюдать аптечные организации при торговле и доставке лекарственных препаратов дистанционным способом.

И фармацевтические производители, и представители профессионального аптечного сообщества в один голос говорят, что сейчас, в самом начале нового вида деятельности, онлайн-торговли лекарственными препаратами, они ориентируются на опыт европейских стран. А первые итоги российского опыта смогут подвести только в конце 2020-го — начале 2021 г.,

чтобы скорректировать нормативно-правовую базу.

**Нелли Игнатьева**, исполнительный директор Российской ассоциации аптечных сетей



(РААС), напомнила, что в международной практике нет примеров, когда рецептурные препараты можно купить вне аптек или заказать по интернету. Нет и опыта доставки лекарственных препаратов через маркетплейсы (онлайн-магазины электронной торговли), зато международный опыт жестче с точки зрения информационного взаимодействия между аптекой и пациентом. Например, во Франции рецепт регистрируется пациентом в личном кабинете на сайте аптечной организации. Окончательное решение на выдачу препарата принимает фармработник аптечной организации. Игнатьева отметила, что в России мы пока не готовы

к реализации рецептурных лекарственных препаратов онлайн, несмотря на введение маркировки, которая должна обезопасить розничный фармацевтический рынок от фальсифицированных и недоброкачественных препаратов.

*«Ориентир, что маркировка решит многие задачи информационного учета и мы будем готовы к рецептурным препаратам, преждевременен. Речь идет о другой информационной системе, которая соединит всех участников в системе лекарственной терапии, такой практики у нас на сегодня нет»,* — сказала Нелли Игнатъева.

Она уверена, что торговле лекарствами через интернет и доставке быть. Европейский опыт показывает, что фармспециалисты проходят дополнительную подготовку, чтобы получить право на осуществление такой деятельности. Но доставка фармацевтами и провизорами стоит в разы больше, чем курьерские услуги.

Других участников рынка, которые хотят заниматься дистанционной торговлей ЛП, она призвала становиться полноценными участниками розничного фармрынка и выполнять все соответствующие лицензионные требования, предъявляемые к аптечной организации.

*«Дистанционная торговля — это всего лишь удобство, а за него надо платить. Но ставить такую глобальную цель, как улучшение лекарственного обеспечения населенных пунктов, пока преждевременно. Это задача будущих периодов. Как продавались лекарства в аптеках, так они и будут там продаваться, дистанционная торговля — лишь дополнительный вид деятельности»,* — сказала исполнительный директор РААС.

## ПОЧЕМУ НЕ 5?

Согласно закону, дистанционно смогут торговать аптеки, которые имеют лицензию не менее одного года; более 10 точек продаж на территории РФ; сайт, где можно выбрать способ оплаты; систему электронных или мобильных платежей; собственную (или договорную) курьерскую службу с технологиями термоперевозки.

Пункт о наличии 10 аптек вызывает недоумение и даже возмущение в регионах, где средняя по размеру сеть обычно состоит из 4–5 аптек. Получается, что в отдаленных регионах, где население как раз нуждается в доставке препаратов,

такие сети не смогут осуществлять торговлю ЛП дистанционным способом.



*«Почему 10 аптек, не 5? Какими критериями руководствовались при этом? А индивидуальные предприниматели также получали лицензию на фармацевтическую деятельность на общих основаниях, почему они выброшены их списка? Они такая же юридическая структура, также несут ответственность»,* — отметила **Виктория Преснякова**, исполнительный директор СРО «Ассоциация независимых аптек». В конце мая Ассоциация отправила официальное письмо в ФАС. АСНА считает нарушением конкуренции тот факт, что из списка региональных аптек вычеркнуты те, которые не имеют 10 точек продаж, но при этом работают в отдаленных районах.

Исполнительный директор АСНА рассказала об опасениях, связанных с процедурой доставки. Торговля лекарственными препаратами дистанционным способом предполагает прием, формирование, хранение, доставку (перевозку) заказанных ЛП и их отпуск. Но перевозка исключена при получении розничной лицензии, это юридическая коллизия, с которой столкнулись аптеки. Либо надо включать в лицензию перевозку, либо аптеке получать оптовую лицензию. Доставку заказов, сделанных онлайн, сможет осуществлять аптечная сеть, которая получит на это разрешение. По данным Пресняковой, практически половина аптек, подавших заявление по регламенту в Росздравнадзор, таких разрешений не получила. Также аптека имеет право воспользоваться договором на услуги с логистической компанией. *«В таком случае у нас должны быть в руках инструменты контроля за доставкой препарата с соблюдением всех требований. Мы боремся за свою профессиональную безопасность, безопасность пациентов, вся ответственность лежит на провизоре и аптеке»,* — подчеркнула Виктория Преснякова. — *«Ведь если у пациента будет негативный опыт, например, при приеме заказа или в дальнейшем при использовании приобретенного лекарственного препарата, претензии*

он будет предъявлять не курьеру, а именно аптеке».

## КАК ОБЕСПЕЧИТЬ ОБРАЩЕНИЕ МАРКИРОВАННОГО ТОВАРА?

Заработавшая 1 июля этого года система мониторинга движения лекарственных средств (с обязательной маркировкой) показала, что на 100% ни производители, ни аптеки к ней не готовы. **Виктор Дмитриев**, генеральный



директор Ассоциации российских фармацевтических производителей (АРФП), рассказал, что часть производителей до сих пор не могут закончить пусконаладочные работы в связи с тем, что специалисты из-за рубежа не могут приехать в страну для обслуживания оборудования из-за ограничений, связанных с коронавирусом. С трудностями сталкиваются и те, кто готов к маркировке. Например, есть компании, которые останавливают производство на период от 10 до 48 час. из-за отсутствия обратной связи с операторами системы. Это может привести к дефектуре на рынке.

Тем не менее маркированная лекарственная продукция уже есть на рынке. Как обеспечить ее обращение при дистанционной торговле?

Разъяснения дал **Станислав Позарков**, руководитель направления развития маркировки



компании OFD.RU (оператор фискальных данных). Федеральная налоговая служба России (ФНС) определила, что в первом чеке, когда речь идет о предоплате и когда непонятно, какая именно пачка ЛП была продана в силу многообразия, код маркировки может не

передаваться. В чеке будут указаны наименование ЛП и информация о внесенной предоплате.

Код маркировки появляется в момент передачи товара непосредственно клиенту. В момент передачи препарата интернет-магазин (аптека или маркетплейс) должен сформировать второй чек, закрыть предоплату, внести в чек код маркировки.

Здесь может быть несколько вариантов, которые зависят от бизнес-процессов, ограничений законодательного характера. Наиболее логичный вариант, по мнению Позаркова, — это использование курьером мобильного приложения, терминала сбора данных либо мобильного телефона, который при доставке считывает код маркировки с упаковки, формирует чек, передает в определенный сервис, сформированный электронный чек уходит в ФНС и код маркировки автоматически передается в систему маркировки. Второй вариант — предварительное сканирование кода маркировки непосредственно перед передачей службе доставки, передача этого кода через мобильное приложение в систему.

В соответствии с Федеральным законом №54-ФЗ «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов в Российской Федерации» при онлайн-торговле (как и офлайн) для расчетов и выдачи покупателю кассового чека применяется контрольно-кассовая техника. Есть одна особенность — чек не распечатывается на бумажном носителе. После оплаты на сайте чек направляется покупателю на адрес электронной почты или на абонентский номер. Сторонняя курьерская служба также обязана применять ККТ.

## ЗДЕСЬ И СЕЙЧАС

Появившаяся у аптек возможность торговли лекарственными препаратами дистанционным способом приведет к удорожанию заказываемых лекарств, напомнил Виктор Дмитриев. К стоимости самого препарата добавится стоимость доставки. И это в условиях значительного падения платежеспособности населения.

Много споров вызывает и вопрос, кто будет доставлять аптечные интернет-заказы. По словам руководителя АРФП, доверия у профессионалов отрасли к курьерам, развозящим продукты питания и различные товары, немного.

*«Мы рассчитывали, что дистанционная торговля будет развиваться не только*

*в городах-миллионниках, где и так достаточно аптек, но и в отдаленных и сельских регионах. Пока мы видим, что бизнес (продуктовые ритейлеры) хоть и пытается прийти в фарму, но выходить в отдаленные регионы не хочет»,* — отметил Дмитриев. А значит и задача лекарственного обеспечения граждан России не решается.

Дистанционная торговля ЛП должна подстегнуть цифровизацию здравоохранения, совершенствование нормативно-правовой базы, развитие систему выписки электронных рецептов, подготовить аптечных работников к новому этапу деятельности аптеки, уверен генеральный директор АРФП.

*«Главное для производителя, чтобы доставка была законной и не нарушала качества препарата, температурный режим и пр. На первое место мы должны ставить безопасность пациента»,* — заключил он.

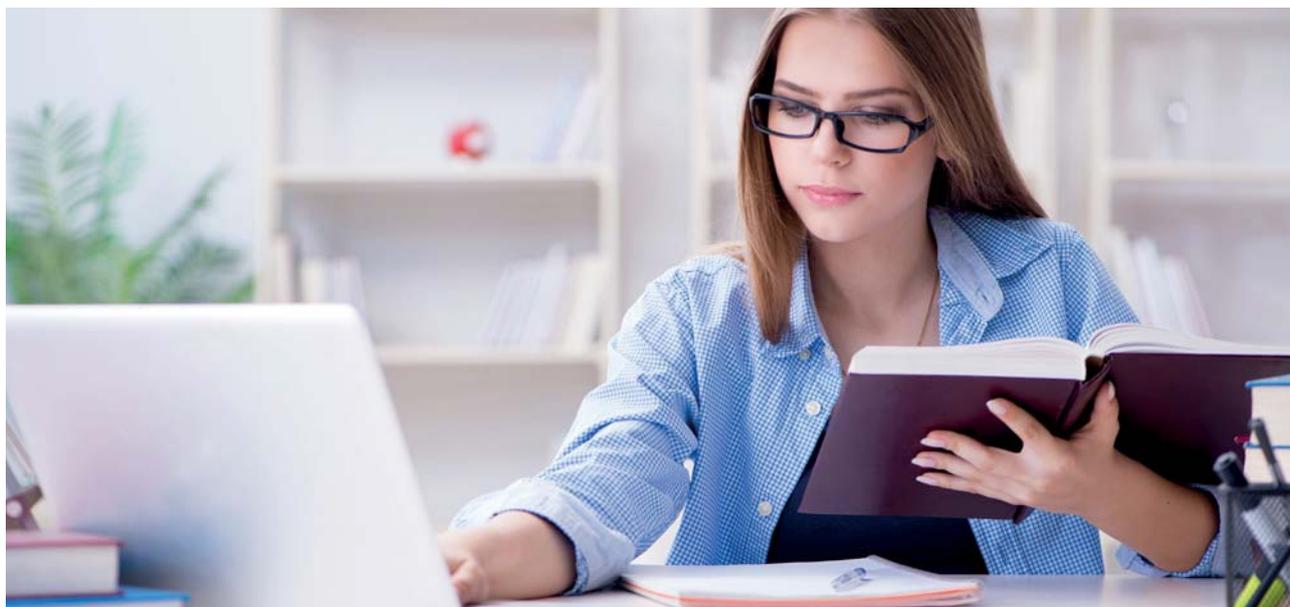
Золотую середину можно найти, если объединить компетенции аптечной сети и интернет-магазинов (электронная коммерция, е-коммерс), уверен **Артем Соколов**, президент ассоциации компаний интернет-торговли (АКИТ). Доставкой

могут заниматься организации, которые профессиональны именно в этом вопросе, не беря на себя другие функции аптеки. **Для агрегаторов можно разработать дополнительные требования и тогда они смогут получить право размещать предложения о продаже лекарственных препаратов от имени аптечных организаций, имеющих лицензию и разрешение на дистанционную торговлю.**



Артем Соколов напомнил, что лекарства всегда нужны здесь и сейчас, а на сегодня, по его данным, самая быстрая доставка осуществляется на следующий день после заказа, даже если аптека находится через дорогу от вашего дома. Е-коммерс может доставить за 20 мин. Ведь маркетплейсы имеют договоры с огромным количеством курьерских служб, что сделает доставку не только быстрой, но и дешевой.

**Анна ШАРАФАНОВИЧ**



## ДИСТАНЦИЯ ОБУЧЕНИЮ НЕ ПРЕГРАДА, А ВОЗМОЖНОСТЬ

С началом пандемии COVID-19 многим компаниям пришлось перейти на удаленный режим работы и адаптировать бизнес-процессы к новым условиям. Это отразилось и на обучении персонала, которое должно быть непрерывным и эффективным, иначе это плохо скажется на развитии компании и компетенции сотрудников. О том, как поддерживать его на должном уровне, рассказали эксперты.

### КОМПАНИИ ВАЖЕН КАЖДЫЙ — НЕ ПРОСТО ФИЛОСОФИЯ

Директор по работе с персоналом MSD **Елена Фомина** рассказала, что в компании существует специальная программа заботы о физическом, эмоциональном и финансовом состоянии сотрудников компании и их семей — Live it. Она состоит из нескольких блоков: Prevent it посвящен здоровью и профилактическим мероприятиям по предотвращению заболеваний, Balance it — достижению внутренней гармонии, Move it — поддержанию физической активности, Fuel it — здоровому питанию и формированию полезных пищевых привычек.



Недавно компания провела опрос, выявляющий уровень стресса и вовлеченности сотрудников. Выяснилось, что сотрудников в период самоизоляции и удаленной работы чаще всего беспокоит отсутствие физической активности и социальных контактов, а также проблемы, связанные с организацией работы и рабочего места.

Поскольку проекты компании, касающиеся вне рабочих интересов сотрудников, пользуются популярностью, последние активно предлагают свои идеи для новых корпоративных программ. На внутреннем портале размещается вся необходимая информация, а чтобы позаботиться о психологическом здоровье во время пандемии и разнообразить жизнь яркими впечатлениями, были запущены новые проекты — лекции семейного психолога и гастрономическое путешествие MSD. Стоит отметить, что компания ежегодно проводит марафон «MSD бежит», но в нынешних условиях его заменяют онлайн-тренировки, причем успешно: в них участвуют более 200 сотрудников.

Когда часть персонала потребовалось перевести на работу из дома, то больших проблем с этим не возникло, поскольку компания уже практиковала гибкий график, при котором четыре дня в месяц сотрудник выполнял свои обязанности в удаленном режиме.

Елена Фомина также выделила и другие условия компании, позволяющие персоналу чувствовать себя комфортно и успешнее реализовывать свои навыки. Прежде всего, это современный офис, поделенный на зоны для работы и отдыха. Стоит отметить, что закрепленных рабочих мест у персонала нет, каждый работает там, где удобно. Кроме того, в MSD действует система гибких льгот: сотрудник может выбрать из них необходимые, например, касающиеся питания или обучения. Также у персонала есть возможность выбора трех видов ДМС.

Вице-президент по управлению персоналом и организационному развитию «Р-Фарм» **Иван Семенов** представил проект компании



«Мы на связи». С началом пандемии более 50% персонала было переведено в удаленный режим. Ситуацию с организацией работы усложняла всеобщая неопределенность, широта географии и разнообразие категорий сотрудников. Для начала требовалось най-

ти каналы коммуникации, адаптированные под новые условия. Первыми стали всем известные email-рассылки. Их легко проводить, однако зачастую они не оперативны (не все готовы проверять почту в нерабочее время), а мотивационная и эмоциональная составляющая у них отсутствует. Другие варианты — СМС-рассылки и телеграм-канал для руководителей, дающий разъяснения по действиям компании и властей. Они оперативны, однако информацию предоставляют неполную. Что касается корпоративного портала, то он предоставляет гораздо больше сведений, но для того, чтобы зайти на него, требуется учетная запись и использование корпоративной сети. Корпоративный журнал, выходящий раз в квартал, в удаленном формате недоступен. Наконец, созданная горячая линия

дает возможность получить информацию самостоятельно, однако ее охват ограничен. Проанализировав доступные каналы коммуникации, в компании пришли к выводу, что для освещения текущих событий необходим новый формат. Так был создан проект «Мы на связи» — еженедельные онлайн-интервью с руководителями. Он призван решить сразу несколько важных задач:

- рассказать о реальной ситуации с пандемией COVID-19;
- представить аудитории мнения экспертов;
- показать объективную ситуацию дел в компании;
- рассказать о проектах «Р-Фарм», направленных на борьбу с COVID-19;
- стать ближе к сотрудникам, поддерживать психологический климат в новых условиях работы.

В настоящее время прошли 12 эфиров с 18 участниками-руководителями, средняя аудитория каждого мероприятия — 650 человек. Эксперт подчеркнул, что 45% непроизводительного персонала считают данный проект важным каналом коммуникации.

Менеджер по подбору персонала компании GSK в России **Белла Гужавина** отметила, что компания придерживается следующих принципов: Be you (будь собой) — синергия разных взглядов и опыта, Feel good (чувствуй себя хорошо) — забота о себе на работе и дома и Keep growing — надо использовать возможности для обучения и развития себя как личности и специалиста. Все это помогает сотрудникам осваивать новые навыки, а значит делать работу компании продуктивнее.

Недавно перед компанией была поставлена еще одна задача — внедрение глобальной ATS-системы на территории нашей страны. Глобального сервера ATS у GSK в РФ нет, а Федеральный закон №152-ФЗ «О персональных данных» не позволяет передавать трансграничную информацию, если нет хардкопий согласий на обработку персональных данных. Поэтому было два варианта решения: создать локальный сервер или найти поставщика, который помимо всего прочего должен устраивать по стоимости, иметь опыт интеграции с ATS-системами, предоставлять возможность доработки любой системы и оперативную техподдержку, поскольку при

любой интеграции возникают технические сложности. Им стал провайдер Potok. Во время внедрения работало очень много департаментов, т.к. важно было понять, как кроссфункционально проработать все риски и ничего не упустить. В общей сложности внедрение ATS-системы заняло 2,5 месяца.

## ВМЕСТО ПАРТЫ МОНИТОР — ОБУЧЕНИЕ ПЕРЕШЛО В ОНЛАЙН

Руководитель направления обучения и развития полевых сотрудников «Къези Фармасьютикалс» **Ольга Оськина** рассказала, что для обучения персонала помимо привычных методик в компании проводятся новые онлайн-курсы. Занятия проходят под руководством экспертов, участники слушают и смотрят 15-минутные видеолекции, обязательно получают задания и список литературы. Каждый курс длится 3 часа, все они взаимосвязаны, включают в себя обзор лучших практик. Важно, что слушатели решают в процессе обучения реальные задачи, стоящие перед бизнесом. Помимо этого, у персонала есть подписка на электронную библиотеку и возможность создать свою виртуальную книжную полку.

Стоит отметить, что в прошлом году она получила сертификат B Corp от B Lab, свидетельствующий о том, что компания пытается решить общественные и экологические проблемы, а также может нести ответственность за соответствие определенным общественным и экологическим стандартам.

Тему онлайн-обучения и его пользы как для бизнеса, так и для каждого сотрудника продолжила руководитель отдела обучения и развития компании «АКРИХИН» **Ольга Польшникова**, отметившая, что онлайн-тренинги для медпредставителей внедрялись еще с 2016 г. При его появлении в компании учитывались такие положительные стороны, как потребность бизнеса, высокая вовлеченность сотрудников, быстрота внедрения, практичность, высокая эффективность и сохранение бюджета компании.

Преимущества у подобного метода обучения несколько: экономия бюджета, вариативность программ, гибкое расписание, возможность вести его из любого места, выбор каналов,

возможность записи, кроссфункциональное взаимодействие сотрудников.

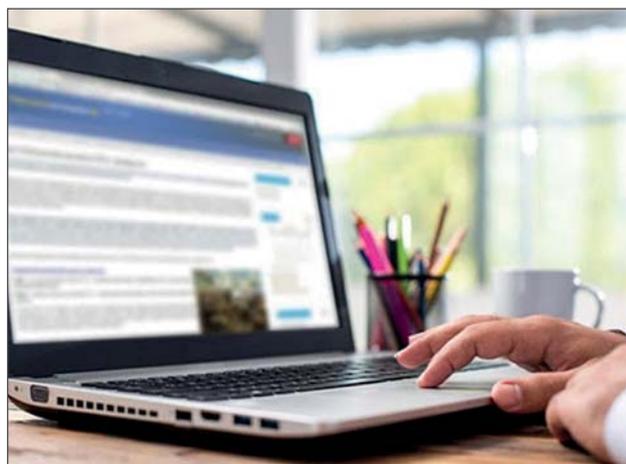
Но есть и сложности: требуется постоянно удерживать внимание аудитории, вероятные технические проблемы, ограничение социального взаимодействия и временных затрат для перенесения очных тренингов в дистанционный формат.

Для того чтобы внедрение было успешным, потребовалось провести ревизию базы данных, найти нужные платформы и инструменты и провести совещания с руководителями, бренд-менеджерами и представителями. И конечно, каждому мероприятию по обучению был необходим яркий анонс.

Инструменты для онлайн-обучения использовались разнообразные: платформы Skype for business и MS Teams, iSpring, мессенджеры, виртуальные доски, опросы, выявляющие уровень вовлеченности, посттренинговые супервизии.

Чтобы людям было интересно учиться, нужно было правильно их вовлекать и мотивировать. В этом хорошо помогают интерактивные доски, куда можно прикрепить необходимые фото, селфи, стикеры, картинки. Работу следует вести в разных группах, а также создавать систему рейтинга и проводить соревнования между командами или регионами. В команде приветствуется кроссфункциональное взаимодействие, т.е. стоит привлекать сотрудников разных департаментов и должностей. После проведения мероприятий их обязательно обсуждают на внутреннем портале и в соцсетях.

Онлайн-обучение в компании длится не более 2,5 часов в день. Оно идет по модульной системе, включает в себя различные темы — не только важные для бизнеса, но и для каждого



сотрудника. Участники выполняют домашнее задание и регулярно проходят тестирование уровня знаний. Стоит отметить, что менеджеры учатся навыкам фасилитации (англ. facilitate — облегчать — специальные действия, направленные на организацию групповой работы), а сотрудники медицинского отдела и отдела маркетинга привлекаются на мероприятия в качестве экспертов и членов жюри.

Сейчас в компании есть обязательные и необязательные курсы. Первые посвящены медицинским знаниям, особенностям дистанционного визита медпредставителей и его психологическим аспектам, правилам переписки в мессенджерах и типологии личности DISC. Необязательные курсы касаются работы в Power Point, SWOT-анализу и изучению английского языка.

Онлайн-обучение своих сотрудников активно использует и «Петровакс». По словам **Лианы Валиевой**, ведущего специалиста по обучению и развитию (L&D head), за последние 4 мес. прирост персонала составил 23%. В период пандемии привычная работа претерпела изменения из-за необходимости соблюдения социальной дистанции, длительных отпусков и плановой остановки производства в мае.

Для адаптации к новым условиям обучающие программы были обновлены и переведены в digital-формат. Сейчас базовое внутреннее

аудиторное обучение включает в себя правила личной гигиены, основы микробиологии, правила асептического розлива, правила входа в чистые помещения, управление внутренними документами и производство в асептических условиях. Кроме того, существуют обучающие курсы по Microsoft Word и Excel, онлайн-тестирование базовых тем и обучающие видео по ключевым процедурам. В течение 38 дней во время плановой остановки производства 65% сотрудников прошли обучение. Что касается скорости отслеживания результатов тестирования, то она сократилась до одного дня.

Также в мае стартовала программа признания заслуг, когда каждый сотрудник мог предложить свои идеи по развитию компании. Сейчас поступило 36 подобных предложений, 8 из них находятся в работе.

Решены и важные кроссфункциональные задачи: удалось добиться прозрачности общения между линейными сотрудниками и топ-менеджерами через Slack, получения оперативной обратной связи от сотрудников, если что-то работает не так как должно, и обновления процедур на основе обратной связи от линейных сотрудников.

По материалам Второй конференции CFO Russia «Практика управления персоналом в фармацевтических компаниях: как сохранить непрерывность обучения и развития сотрудников»

**Ирина ОБУХОВА**



## ОТМЕНИТЬ И ДВИГАТЬСЯ ДАЛЬШЕ

**В России идет реформа контрольно-надзорной деятельности «регуляторная гильотина», когда устаревшие, экономически неэффективные, нецелесообразные нормативно-правовые акты пересматриваются и отменяются. В России реформа должна завершиться к 1 января 2021 г.**



**Захар Голант**, к.э.н., заведующий кафедрой регуляторных отношений и надлежащих практик СПГХФУ провел вебинар на тему «Регуляторная гильотина в российской фарме: к чему придет отрасль».

Регуляторная гильотина — это инструмент масштабного пересмотра

и отмены нормативных актов, негативно влияющих на общий бизнес-климат и регуляторную среду, реформа контрольно-надзорной деятельности и один из инструментов регулирования рынков. Сам механизм появился в Швеции в 1980 г. Этот механизм предоставляет возможность быстрого пересмотра и отмены значительного количества нормативных актов с целью выявления противоречащих законодательству, экономически неэффективных, нецелесообразных, в результате работы которых не достигаются положительные результаты. В России реформа должна завершиться к 1 января 2021 г. Но, по-видимому, этот срок далек от реальности.

Опыт стран, применявших метод регуляторной гильотины, например, США, показывает высокую степень зарегулированности. В итоге реформы были отменены сотни нормативных документов. У них действовало правило: на каждую новую принятую норму отменяется три старых. Расходы государства на регулирование и принятие новых норм в обязательном порядке должны компенсироваться расходами, которые высвобождаются из бюджета при отмене предыдущих норм. Это, например, новые рабочие места, созданные в результате применения регуляторной гильотины, либо дополнительные инвестиции в экономику и др. Цель — при устранении излишней зарегулированности рынка рассчитать экономический эффект от применения данного механизма.

Когда система регулирования развивается, она одновременно и усложняется, что носит не только конструктивный, но и деструктивный характер.

Оценка регулирующего воздействия должна производиться каждый раз, когда предлагается новый нормативно-правовой акт, а также оцениваться существующие акты (насколько они полезны или, наоборот, деструктивны).

Североамериканская, европейские, азиатские регуляторные системы, которые создавались ранее, до ныне действующей, за десятилетия накопили большое количество противоречий и несоответствий друг другу. Это касается процедур, нормативно-правовых актов, а также органов государственной власти и контрольно-надзорных органов, которые и применяют эти акты. Этот объем противоречий нагружает экономику, препятствует развитию целых отраслей, не соответствует изначально поставленным целям и др. Иногда проще все отменить и двигаться дальше в соответствии с уровнем технологического развития и общественных отношений.

Прежде всего, мы должны определить цели регулирования. И вопрос в том, кто эти цели определяет. На рынке лекарственных средств есть и компании-производители, и дистрибуторы, и система здравоохранения в лице Минздрава и региональных органов здравоохранения, и пациенты — у всех участников системы есть свои цели и задачи, иногда они могут быть диаметрально противоположными. Как правило, у нас исполнительная власть определяет цели, поэтому в определении целей есть определенный перекосяк. Контрольно-надзорная система входит в систему исполнительных органов власти. И наступает такая ситуация, как «пчелы против меда». Те, кто являются основными бенефициарами системы регулирования, они же и предлагают ее реформу. В большинстве стран правительство как верховный исполнительный орган берет на себя задачу снятия регуляторных барьеров. Дальше ведомства и контрольно-надзорные органы предоставляют по запросу правительства полный перечень всех нормативно-правовых актов в каждой из сфер регулирования. После этого составляется полный реестр нормативно-правовых актов и формируется некая система фильтров, т.е. те принципы, которые закладываются в отбор современных или, наоборот, устаревших нормативно-правовых актов. Все акты проходят через этот фильтр. Прошедшие фильтр остаются, не прошедшие отменяются. Система включает в себя не только отмену актов, но и внесение изменений в действующие нормативно-правовые акты, введение новых.

Если говорить о целях и задачах регуляторной гильотины в России, то это формирование

современной и адекватной требованиям времени и технологического развития эффективной системы регулирования в соответствующей сфере общественных отношений. Большинство норм технического регулирования (например, правила контроля качества при производстве и пр.), которые присутствуют в нормативно-правовых актах, в принципе не соответствуют уровню технологического развития. К сожалению, бенефициарами устаревших норм являются контрольно-надзорные органы, что дает им право спекулировать своим правом и подменять понятия. Принцип адекватности и соответствия технологическому развитию и уровню общественных отношений должен быть во главе угла при проведении подобного рода реформ.

## ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ РЕФОРМЫ

**1. Повышение уровня безопасности и устранение избыточной административной нагрузки на субъекты предпринимательской деятельности.**

Обращение лекарственных средств и медицинских изделий может содержать в себе риски и угрозы для пациентов, с другой стороны, мы должны понимать, что экономические отношения между субъектами предпринимательской деятельности — это совершенно другая сфера. Мы прежде всего должны обеспечить безопасность и отсутствие угроз здоровью населения и уже потом смотреть на экономические реалии.

**2. Создание институциональной инфраструктуры, включающей разработку механизма межминистерской координации и сотрудничества с целью эффективной реализации реформы.**

Вопрос здесь не только в межминистерской координации, а в координации вообще между всеми органами государственной власти, которые отвечают за принятие, контроль исполнения всего объема нормативно-правовых актов. Здесь основная проблема кроется в том, что органы государственной власти могут иметь диаметрально противоположные мнения, а акты, в рамках которых они действуют, противоречат друг другу. Можно привести в пример правила регулирования Ростехнадзора, которые применяются при производстве фармсубстанций, и стандарты GMP, которые применяются при производстве фармпродукции. В некоторых

моментах практики инспекторов прямо противоречат друг другу. Что делать, непонятно. Если говорить о регистрации лекарственных средств, то проще общаться с одним Минздравом, но когда мы говорим о системных противоречиях между различными ведомствами, будь то Минздрав, ФАС, Минпромторг или Минэкономразвития, вся система становится более громоздкой и сложной. Междисциплинарное взаимодействие внутри системы для отдельных участников рынка недоступно. Отдельно взятая аптечная сеть не может урегулировать разногласия между ведомствами. Это задача правительства.

**3. Модернизация имеющихся нормативных актов, в т.ч. с целью сокращения издержек и устранения барьеров.**

**4. Построение новой системы обязательных требований, соответствующих современному уровню технологического развития и риск-ориентированному подходу.**

**5. Управление принятием новых нормативных актов путем использования инструментов оценки качества новых законов и иных нормативно-правовых актов.**

Нужно сопоставлять каждый новый нормативный акт в целом с системой, насколько он устраняет предыдущие противоречия и не заводит ли новые с уже реализуемыми документами. Принятие новых нормативных актов может серьезно сказываться на возможности исполнения, допустим, лицензионных требований. Например, принятие новой фармакопеи заводит большое количество новых аналитических методов, которые требуют переоснащения большого количества участников рынка, выполнения новых исследований и др. А это инвестиции в персонал, оборудование и пр.

**6. Совершенствование института регулирования в государственном секторе, в т.ч. повышение прозрачности действия механизмов и процедур надзорной деятельности.**

А должно ли государство контролировать и регулировать очень многие области? Государство является бенефициаром в некоторых аспектах, федеральный Минздрав и региональные минздравы, являясь операторами программы госгарантий, непосредственно реализуют законодательство и бюджеты в области оказания медпомощи гражданам. В данном случае они

не только регуляторы, но и участники системы здравоохранения. Надо понимать, что в большинстве отраслей государство является плохим регулятором. Переход к саморегулированию, внутренним аудитам, надлежащим практикам гораздо эффективнее, чем государственный контроль.

## ОТМЕНЕННЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ

Участниками системы реформирования на верхнем уровне определены правительственная комиссия (правительство само по себе не является бенефициаром непосредственно от контрольно-надзорной деятельности, но оно высший орган исполнительной власти, а контрольно-надзорная система входит в систему исполнительных органов власти, частично это является конфликтом интересов). Далее 40 органов государственной власти и более 40 отраслевых рабочих групп, которые оценивают проекты и дают комментарии по доработке проектов.

Рабочая группа по вопросам фармацевтики и медицинских изделий. Вопросы в ее ведении следующие: лицензирование фарм- и меддеятельности, регистрация лекарственных средств и медицинских изделий, контроль за обращением ЛС и медизделий, вопросы, связанные с проведением доклинических, клинических исследований, вопросы государственной экспертизы качества и безопасности, система фармаконадзора и др.

В состав Рабочей группы входят уважаемые и известные специалисты, но проблема в том, что они не имеют личного предметного опыта контрольно-надзорной деятельности, т.е. лично они сами не принимали участия в проверках



и в применении нормативно-правовых документов, которые регулируют обращение лекарственных средств. У них макровзгляд на все эти вопросы. Ассоциации, представленные в Рабочей группе, говорят о некотором перекосе в сторону производителей ЛС и даже не медизделий. Практически отсутствуют представители дистрибуции и розничной реализации лекарственных средств и медицинских изделий. От такого состава Рабочей группы, наверное, сложно ожидать серьезных системных инициатив по реализации механизма регуляторной гильотины.

На сегодняшний день отменен 21 из 40 запланированных актов, принято 0 из 9 запланированных. Планируется, что на один созданный нормативно-правовой акт будет приходиться 4,5 отмененных. На уровне Правительства РФ отменяются «Правила уничтожения недоброкачественных, фальсифицированных и контрафактных лекарственных средств», на уровне Минздрава России — «О контроле качества лекарственных средств, изготавливаемых в аптечных организациях», «О нормах отклонений, допустимых при изготовлении лекарственных средств и фасовки промышленной продукции в аптеках», «Об утверждении инструкции по изготовлению в аптеках жидких лекарственных средств» и др. Это не системные, а достаточно второстепенные нормативные акты. Отмена именно этих НПА никак существенным образом не повлияет на основную цель — чтобы отрасль и обращение ЛС очистилась от избыточного регулирования и начала развиваться, привлекая новые инвестиции, развивая проекты и привлекая новых участников рынка.

Минздрав России планирует провести достаточно масштабный пересмотр нормативной базы (27 документов). Важнейшие отменяемые НПА:

- постановление Правительства РФ №1081 — лицензирование на данный момент предполагается дополнить информацией по радиофармацевтическим препаратам, без существенных изменений в других частях;
- приказы №706н, 1222н, 647н, 646н — изменения в практиках хранения, перевозки и торговли ЛС — могут оказать сильное влияние на отрасль и лекарственное обеспечение населения и должны быть тщательно продуманы и согласованы с участниками рынка;

- приказы №5539, 1071 — фармаконадзор и выборочный контроль качества лекарственных средств — относятся к сфере государственного контроля за оборотом ЛС и также существенно влияют на состояние рынка.

Идет постепенный переход к единому рынку Евразийского экономического союза (ЕАЭС). В период с 2012 по 2014 г. был принят практически полный комплекс надстрановых документов, который во многом является калькой с европейских норм и правил. Эта большая проведенная работа сейчас зацементировала для фармотрасли и рынка медизделий достаточно современные и приличные нормы регулирования, которые соответствуют международным стандартам. И практика последних лет заключалась в том, что Минюст России при оценке всех НПА, которые разрабатывались Минздравом в том числе, при внесении изменений в акты в обязательном порядке сопоставляли нормы с Евразийским комплексом документов. Минпромторг, Минздрав, другие органы государственной власти в случае внесения и разработки новых норм должны были доказывать, что новые проекты внесения изменений не противоречат наднациональным нормам. Это своего рода сдерживающий факт, ведь не только в рамках РФ регулируется обращение ЛС и медизделий, но и в большей степени Евразийскими нормами.

По большому счету мы не видим сегодня системной отраслевой попытки получить себе полномочия по саморегулированию. Применение механизма регуляторной гильотины — хороший способ, когда за счет отмены целых областей регулирования можно их заменять на современные тренды в саморегулировании. Одной из системных проблем у наших профессиональных объединений, союзов при их создании



является то, что, в отличие от международного опыта, учредителями и организаторами подобных отраслевых объединений являются юридические лица и участники рынка. А основа должна быть на специалистах (как врачебные сообщества, например). Это принципиальная разница. В данном случае отраслевые союзы и объединения должны принимать на себя инициативу по оценке регулирующего воздействия и реализации механизма регуляторной гильотины. И напрямую в Правительство РФ вносить инициативы по отмене тех или иных НПА.

Можно сказать, что в проходящей сейчас у нас регуляторной реформе нет главного — инициативы со стороны отраслевых союзов и объединений по отмене целых сегментов и областей регулирования НПА. Государство является минимально компетентным участником рынка, если взять все отрасли.

## ГЛОБАЛЬНЫЕ ТРЕНДЫ

Действующая система регулирования в принципе противоречит как уже существующему уровню технологического развития и общественных отношений, так и мировым тенденциям.

**Надлежащие практики.** Это как раз та самая сфера саморегулирования, которая может совершенно спокойно функционировать за счет внутренних аудитов, аудитов поставщиков, нормального выпускающего контроля. Это гораздо более жесткие инспекции между участниками

рынка. Соответствовать регуляторным требованиям гораздо проще, чем контактировать с партнерами в виде поставщиков сырья, например.

**Маркировка и прослеживаемость товаров.** Это тоже глобальный тренд. Все регуляторы во всем мире должны знать, из какого сырья и кто произвел субстанцию или препарат, кто упаковал, ввел в оборот и пр. За счет прослеживаемости и внедрения системы маркировки мы тоже можем отказываться от огромного количества устаревших НПА.

**Обеспечение целостности данных, системы качества (ФСК, СМК), электронные рецепты** — это также глобальные тренды.

Надеюсь, что механизм регуляторной гильотины будет эффективно применяться за счет хорошего анализа глобальных трендов, потому что все участники рынка просто вынуждены всему этому соответствовать, чтобы оставаться на рынке. То есть все участники рынка должны соответствовать новым требованиям, новому технологическому укладу, новой системе отношений, а предыдущие нормы регулирования должны уходить с рынка. Происходить это должно не по инициативе правительства, но под его контролем по инициативе отраслевых союзов и объединений, которые должны базироваться не на принципе участия там юридических лиц. Это должны быть профессиональные объединения специалистов.

По материалам вебинара «Регуляторная гильотина в российской фарме: к чему придет отрасль» (организатор: «Катрен-Стиль»)

Анна ГОНЧАРОВА



## COVID МЕНЯЕТ ВЗГЛЯД НА БУДУЩЕЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Настоящее и будущее медицинского образования обсудили на круглом столе руководители ведущих медицинских вузов России.

### ПЕРВОКУРСНИК — ЕЩЕ НЕ СТУДЕНТ?

Пандемия 2020 г. подтвердила особый, чрезвычайно важный статус врача. И руководители медицинских вузов уже ощутили повышенный интерес к этой профессии среди абитуриентов. С одной стороны, это радует. А с другой...

*«Недостаточное внимание к образованию вообще и к школьному образованию в частности сказалось на качестве подготовленности выпускников. И при очень высоком рейтинге медицинского образования и высоком конкурсе в наши вузы на сегодняшний день к нам приходят абитуриенты со средним баллом 85–90 по результатам ЕГЭ. Это явно низкий показатель. Неудивительно, что уже в процессе учебы около 30% студентов мы отчисляем из вуза. Это говорит о*



*том, что не только система ЕГЭ недостаточно объективно оценивает знания выпускников, но и о неспособности современного вчерашнего школьника понять, насколько трудоемко медицинское образование», —* сожалеет ректор Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени И.П. Павлова, проф. **Сергей Багненко**.

Особенно неготовность недавних выпускников школ к учебе в медвузах проявляется на первом курсе обучения. Многие просто даже не подозревают, насколько необходимо мобилизоваться, чтобы не допускать задолженности по предметам. *«В связи с этим мы примерно на одну треть увеличили количество принимаемых студентов на первый курс. С тем, чтобы добиться нужной численности выпускников после отсева. По сути, это продолженный экзамен для первокурсников, —* признается Сергей Багненко. *— И пока это неизбежно, т.к. преподавателям нужно понять, кто в дальнейшем действительно может стать врачом. Иначе снизится планка медицинского образования. А это в свою очередь скажется на качестве медицинской помощи».*



Приказ Минздрава РФ от 26.06.20 №626н установил особенности приема в ординатуру в вузах на 2020–2021 учебный год. Согласно документу, студентам будет начислено дополнительно 30 баллов, если они проработали не менее месяца с больными COVID-19, а само поступление будет дистанционным.

Баллы за работу с коронавирусом пациентами будут добавлены тем, кто работал не менее 30 дней в должности младшего медперсонала или проходил практическую подготовку. Дополнительные 20 баллов будут начисляться и студентам-волонтерам, которые занимались добровольной деятельностью по борьбе с COVID-19 в течение 150 часов.

Ранее Минздрав РФ подготовил проект новых правил поступления в ординатуру, согласно которым предполагалось начисление абитуриенту 100 баллов, в случае если он работал на полную ставку в медучреждениях, занимающихся диагностикой и лечением коронавирусной инфекции, а при работе на часть ставки — 50 баллов. При этом за трудовую деятельность, связанную с профилактикой COVID-19, поступающий должен был получить 70 и 35 баллов соответственно.

## МЕДИЦИНСКИЙ ВУЗ — ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

В этом году преподавателям медвузов по всей стране пришлось за короткий промежуток времени провести подготовку и переподготовку 200 тыс. практикующих врачей разных специальностей для того, чтобы они смогли работать в условиях пандемии с инфицированными больными. А на совете ректоров медицинских и фармацевтических вузов России было принято решение организовать на базе Сеченовского университета федеральный консультативный центр по лечению больных с коронавирусной инфекцией. И совместно с Минздравом РФ открыть такие центры во всех региональных медицинских вузах. Была проделана огромная работа!

Подготовка врача требует постоянного обновления знаний. Раньше система повышения квалификации предполагала пополнение знаний действующих врачей один раз в 5 лет. При

современных темпах обновления медицинской информации такой подход не позволяет поддерживать знания практикующего специалиста на необходимом уровне.

С другой стороны, стали возникать многочисленные организации, оказывающие образовательные услуги, проводя курсы по различной проблематике, качество которых весьма сомнительно.

*«Хорошо, что нам удалось добиться того, чтобы именно вузы остались головными организациями в этом направлении. И ситуация с COVID-19 подтверждает это. Именно мы, преподаватели различных медицинских университетов, создали центры подготовки врачей и должны заниматься и дальше таким обучением на практике. Мы знаем, чему и как нужно обучать и не отдадим НМО в другие руки, —*



рассказывает ректор Московского ГМСУ им. А.И. Евдокимова, проф. **Олег Янушевич**. — *Да, врач должен учиться всю свою жизнь. В стоматологии, например, каждые 2 года происходит обновление применяемых материалов на 30–40%. Если доктор не будет владеть ими, то будет отставать».*

Современный врач должен быть в сообществе со своими коллегами, постоянно обмениваться знаниями, создавать сайты, участвовать в научно-исследовательской деятельности и клинических испытаниях.

## КАЖДОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ВУЗУ — СВОЮ КЛИНИКУ

В клинической больнице Сеченовки в течение 10 дней перепрофилировали и открыли 2 тыс. коек для больных с COVID-19, была предоставлена помощь более чем 1600 чел. *«Это стало возможным в связи с тем, что мы имеем достаточно хорошую материально-техническую базу, сильный клинический центр, высокопрофессиональный коллектив численностью 3,5 тыс. сотрудников, — с гордостью отметил Петр Глыбочко. — Очень важно, чтобы во всех*

*медицинских университетах России были открыты клинические центры со стационарным фондом не менее чем на тысячу коек. Все это позволит в любой ситуации и при любой инфекции быстро перестроиться и направить свои усилия на эффективную борьбу с заболеванием».*

Такая перспектива обсуждается и на совете ректоров совместно с представителями Минздрава РФ.

## ЦЕЛЕВИКИ — БУДУЩЕ МЕДВУЗОВ

В условиях пандемии вся страна столкнулась с нехваткой медицинских кадров, особенно остро это стало ощутимо в регионах. Президент России Владимир Путин, выступая 15 января перед Федеральным Собранием с ежегодным посланием, заявил, что с 2020 г. порядок приема в вузы по медицинским специальностям существенно изменится. В частности, предлагается установить долю целевого приема на обучение за счет бюджета. Это очень своевременная инициатива, считает ректор Сеченовского университета.

Очень важно отметить тот факт, что решать задачу целевого набора медвузы будут совместно с Минздравом, Минобрнауки и работодателями. Необходимо не только подготовить достаточное количество врачей, но и обеспечить их социальными условиями в дальнейшей деятельности: создать достойные рабочие места, назначить адекватную статусу медика заработную плату, выделить жилье молодому специалисту и предоставить возможности для профессионального роста. Решение этих задач уже за работодателями. А задача вуза — хорошо подготовить студентов, особенно целевиков. Чтобы они прошли практику в тех местных лечебных учреждениях, которые их направили на учебу, и после 6-го курса отправились туда работать. Сразу вспомнились советские времена, когда, как оказалось, во многом было рациональное зерно.

Задача президентом страны поставлена — до 2024 г. обеспечить кадрами все ЛПУ.

## УЧИТЬ НАДО ПО-НОВОМУ

Ректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова уверен, что не просто нужно, а необходимо

пересмотреть методики подготовки студентов. Ведь согласно современным требованиям, сложившимся в здравоохранении, подготовка будущих врачей должна быть не только междисциплинарной, как это было раньше, но и достаточно пластичной, вариабельной. Чтобы студенты были готовы к решению задач в абсолютно любых, даже экстремальных условиях. В этой связи очень важна близость медицинского образования к практическому здравоохранению.

Нужно также научить будущих врачей оказывать психологическую поддержку пациентам. Да и самим врачам нередко требуется помощь клинических психологов. А их у нас сейчас не хватает. И такое положение дел тоже требует корректировки.

## НУЖНЫ И НОВШЕСТВА, И ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ

Медицинское образование меняется кардинально. Готовим нановрачей, внедряются цифровые технологии и т.д. Но нужна и преемственность. И история с COVID-19 показала это. Взять, например, маршрутизацию пациентов. О ней сейчас очень много говорят. А ведь ее разработал еще Н.И. Пирогов. Что касается работ по борьбе с эпидемиями, профилактике и изоляции инфицированных, то основы всего заложены еще создателем советского здравоохранения Н.А. Семашко.

Поэтому, несмотря на все новшества, нужна преемственность. *«Хочу отметить, что базовое образование не только не мешают, но и помогает в освоении современных технологий, — объясняет Петр Глыбочко. — Ведь именно такая подготовка в период пандемии помогла нашим кардиологам, урологам, неврологам и прочим специалистам переквалифицироваться в инфекционистов. И именно на ее основе мы собирали, изучали и аккумулировали зарубежный опыт и поняли, как справиться с цитокиновым штормом в случае тяжелой коронавирусной инфекции».*

Что касается роботических и лапароскопических технологий, то им также отнюдь не мешает, а помогает багаж традиционных знаний.

## УЧИТЬСЯ НАДО ДОЛЬШЕ

Декан факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, проф. **Всеволод Ткачук** считает, что создать интернатуру в рамках тех 6 лет, которые на это предусмотрены сейчас, почти нереально. Очень много дисциплин, которые невозможно урезать. Они и так уже урезаны. А знания множатся. Появляются очень наукоемкие методы и методики, которые нужно осваивать. При этом есть санитарные нормы, согласно которым преподаватели не могут превышать количество часов нагрузки студентов.

*«Наверное, нам придется прийти к семилетнему образованию, — предполагает Всеволод Ткачук. — Мы постоянно контактируем со своими западными коллегами. Практически везде врачей готовят 8 лет. И это без специализации. Плюс у них ординатура не меньше 3 лет. А часто все 5. И врачи начинают практиковать только к 30 годам. Да и учеба в медицинских вузах везде дорогая. Например, в США она обходится в 50–70 тыс. долл.»*

Что касается существующей аккредитации врачей с последующим допуском к самостоятельной деятельности, то это все-таки пока временная мера.

Сейчас нередко бывает так, что выпускник попадает в ординатуру по узкой специальности и дальше формируется на этой базе. А как показала нынешняя эпидемия, от врачей требуются и общие знания. Именно они позволяют оценить тяжесть состояния больного. Нужен и опыт работы в реанимации, и навыки выделения групп риска, и умения в плане сортировки больных, и практические компетенции в плане маршрутизации больных. Этого невозможно добиться без общей клинической практики. А такой подход требует увеличения учебного времени.

Нужны знания о неотложных состояниях, их классификации, коррекции и т.д. Поэтому этот год под знаком пандемии станет не только памятным, но и подскажет, как нужно готовить специалистов.

## ЛЕКАРСТВА С КАФЕДРЫ

Научная деятельность студентов и аспирантов — еще один тренд современного медицинского образования. Очень многих привлекает фармацевтика.

Не секрет, что цикл создания любого медицинского продукта, включая лекарственное средство, достаточно длительный. До внедрения на рынок проходит от 3 до 7 лет. Зная это, многие медицинские вузы создали внутреннюю инфраструктуру полного цикла, охватывающую весь процесс от идеи до серийного производства продукта. В том числе студенты осваивают и возможности маркетинга. Занимаются и коммерциализацией, и работают с производственными предприятиями и с медучреждениями.

Раньше ученый сначала аккумулировал идеи, затем создавал предложение или опытный образец, а потом приходил с этими наработками в клинику или на фармацевтическое предприятие. И, к сожалению, они далеко не всегда оказывались востребованными. Сейчас многие медицинские и фармацевтические вузы идут от обратного. Выясняют нужды, потребности, запросы и проблемы рынка, формируют несколько гипотез, делают прототипы, апробируют их и для лучших привлекают индустриальных партнеров, инвесторов. Мировой опыт свидетельствует о том, что лишь 15–20% научных пред-



ложений доходит до серийного производства. У Самарского государственного медицинского университета этот показатель составляет 30%! Об этом сообщил директор Института инновационного развития СамГМУ и заведующий кафедрой оперативной хирургии и клинической анатомии с курсом инновационных технологий, проф. **Александр Колсанов**.

Наряду с этим ряд вузов идет по пути создания вокруг себя инновационного пояса, организует стартапы, сотрудничает с федеральными и региональными институтами развития, участвует в конкурсах и в консорциуме вузов. Неудивительно, что выпускников таких вузов ждут и в клиниках, и в НИИ, и в фармацевтических компаниях. Ведь такие специалисты могут не только стоять у постели больного, но и генерировать новые идеи. А именно в них — будущее здравоохранения. Отрадно, что это понимают все руководители медицинских вузов!



## XXI ВЕК: НОВАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ

Продолжение, начало в МА №6/20

**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?

#### ЭПИЗОД 2. COVID-19 ПО-ИТАЛЬЯНСКИ

Вслед за Китаем коронавирус «переместился» в Италию, в один из ее райских уголков — Ломбардию — административную область со столицей в Милане. Это крупнейший промышленный центр на севере страны («локомотив» Италии и «мотор» Европы): 15,5% населения (10,1 млн человек), 22% ВВП (~400 млрд евро), 30% объема итальянского экспорта, около 800 тыс. (!) предприятий, свыше 30 млн туристов ежегодно.

Мировые рейтинговые агентства Moody's, Standard & Poor's и Fitch оценивают Ломбардию как образец высокой финансовой стабильности и успешного ведения бизнеса.

Фармация Италии — настоящий «бриллиант» в ее короне: Ломбардию по праву именуют фармацевтической «электростанцией» страны и «южной аптекой» континента.

Из 1139 фармацевтических предприятий 40% расположены в 12 провинциях региона, названия которых ласкают слух провизора-технолога (и не только!): Милан, Павия, Бергамо, Брешия, Варезе, Сондрио, Монца-э-Бриянца и др., известные в мире как производители современных лекарственных средств, АФИ, полупродуктов, вспомогательных веществ, технологического оборудования и комплектующих к нему, приборов для контроля и испытаний и пр.

Напомним: доля итальянской фармацевтической продукции на российском рынке лекарственных средств стабильно составляет 1,37%;

в денежном выражении по итогам 2019 г. объем итальянских препаратов, реализуемых на территории Российской Федерации, превысил 255 млн долл. До 15% фармацевтического технологического и испытательного оборудования на предприятиях нашей страны — итальянского производства.

Из 18 тыс. итальянских аптек около 3 тыс. находится в Ломбардии: «Фармация», «Парафармация» и «Эрбористерия» готовы предложить пациентам самые разнообразные лекарства и парафармацевтическую продукцию со всего мира.

Термин «самый» — наиболее подходящий для определения региона: самый экономически успешный, самый густонаселенный, самый индустриально развитый, самый «модный», самый «вкусный», самый разнообразный по природным условиям и достопримечательностям, самый притягательный для туристов со всего света, более всего... из Китая.

А теперь это и самый «коронавирусный» («коронакризисный») регион Италии, к сожалению.

Денис Проценко охарактеризовал вспышку коронавируса на севере Италии как «абсолютно катастрофическую»<sup>[1]</sup>.

Первое упоминание о COVID-19 приходится на 31 января 2020 г.: у двух китайских туристов, посетивших с 23 января Милан и Парму и прибывших в Рим, диагностировали заражение вирусом SARS-CoV-2, что заставило власти ввести в стране режим ЧС сроком на полгода и закрыть авиасообщение с Китаем. Однако эти меры не были исчерпывающими: по данным МИД

страны, в течение февраля лишь 0,05% территории Италии и 0,1% городов оказались во временной изоляции. Остальная часть страны оставалась «безопасной и доступной»<sup>[2]</sup>.

Во второй декаде февраля зафиксировали первый случай заражения среди итальянцев — 38-летний менеджер одной международной компании, которого в прессе называют Маттиа, был госпитализирован в городе Кодоньо, предварительно заразив беременную жену, друга, троих пожилых посетителей бара, а также пробежав полумарафон и поиграв в футбол<sup>[3]</sup>.

Местом его заражения официально считается Германия, куда он прибыл по работе и где отобедал в компании коллег и дамы из Китая.

Первый официальный посмертный диагноз COVID-19 был поставлен в ночь на 20 февраля у 77-летней жительницы городка Казальпустерленго, которую отпустили под расписку домой из **отделения скорой помощи больницы города Кодоньо**, куда поступали первые зараженные, в т.ч. и Маттиа. Ее обнаружили мертвой в собственной квартире: тест на коронавирус был сделан перед вскрытием<sup>[4]</sup>.

Специалисты позже сошлись во мнении, что это отделение, по-видимому, **стало первичным источником массового заражения**<sup>[5]</sup>.

21 февраля к Ломбардии присоединилась еще одна область на северо-востоке Италии — Венето (столица Венеция) с 5 млн населения.

К концу февраля количество зараженных коронавирусом на севере Италии увеличилось до 1049 человек, 50 выздоровели, 29 человек, в основном пожилого возраста, скончались.

Северная Италия — один из мировых лидеров по количеству долгожителей: средняя продолжительность жизни здесь составляет 83,4 года (81,2 — для мужчин и 85,5 — для женщин). Известно, что пожилые люди более восприимчивы к заболеваниям: первоначально сочли, что от коронавируса они будут умирать чаще (мировая статистика это не подтверждает).

11 муниципалитетов Ломбардии стали эпическими центрами заражения и были закрыты на карантин. Известие о карантине совпало с массовой миграцией жителей, что привело к распространению вируса на другие регионы страны.

Людей с положительными результатами тестов в регионе Венето сразу отправили в строгую изоляцию, независимо от наличия или

отсутствия симптомов: они оставались дома, что позволило спасти многие жизни, в отличие от Ломбардии.

Месяц спустя число подтвержденных случаев заболевания возросло почти до 57 тыс., более 7,5 тыс. пациентов погибли.

Объяснение столь резкого скачка заражений дала группа итальянских ученых, предположив, что к моменту постановки первого диагноза SARS-CoV-2 уже «гулял» в большинстве городов Ломбардии, не будучи выявленным.

Средний возраст обследованных к тому моменту зараженных составлял 69 лет: от месячного младенца до 101-летней женщины. Госпитализация потребовалась почти половине больных, из которых каждый пятый попадал в реанимацию. Эти данные опубликовал Корнельский университет 20 марта 2020 г.<sup>[6]</sup>

*«На каждого погибшего от COVID-19 приходилось еще три человека, скончавшихся от пневмонии дома безо всяких тестов»,* — заявлял Джорджо Гори, мэр города Бергамо в Южной Ломбардии<sup>[7]</sup>.

По его словам, многие семьи оставляли заболевших дома из опасения, что у них не будет возможности проститься со своими родными в случае смерти: кремации проходили в отсутствие родственников, часто в других городах, поскольку крематории Бергамо «захлебнулись» умершими.

Профессор биологии Энрико Буччи из университета Филадельфии полагает, что SARS-CoV-2 завезли в Италию не позднее середины декабря, поскольку именно перед Новым годом местная пресса с удивлением писала о возросших госпитализациях в больнице города Пьяченца, где оказалось более 40 пациентов с воспалением легких, что не типично для аномально теплого декабря<sup>[8]</sup>.

**Больница города Пьяченца** недалеко от Кодоньо, где вызванное коронавирусом заболевание итальянцев в январе ошибочно приняли за обычное воспаление легких, по-видимому, **стала еще одним источником инфекции**.

Эксперты полагают, что среди причин итальянского «феномена» стремительного развития заболевания следует рассматривать излишнее увлечение населения (и выписывающих рецепты врачей) антибиотиками, провоцирующими развитие резистентных форм бактерий, осложняющих состояние больных.

Согласно статистике, итальянцы в среднем употребляют в полтора раза больше антибиотиков, чем остальные жители Евросоюза. Итальянские фермеры, разводящие сельскохозяйственных животных, также используют вдвое больше антибиотиков, чем в среднем в Евросоюзе<sup>[9]</sup>.

Неудивительно, что и резистентные инфекции в итальянских больницах встречаются гораздо чаще.

Широкому распространению эпидемии, по мнению экспертов, способствовал также футбольный матч между итальянской «Атлантой» и испанской «Валенсией», прошедший 19 февраля в Милане на стадионе «Сан-Сиро» в рамках Лиги чемпионов. На игру из Бергамо приехало почти 50 тыс. болельщиков — большинство из них воспользовались общественным транспортом, конечно, переполненным.

Иммунолог Франческо Ле Фош, глава дневного стационара поликлиники Умберто I университета Ла Сапиенца в Риме, пояснил газете Corriere dello Sport: *«Хронологию событий показывает взрыв инфекции произошел через 14 дней после матча. Вероятно, существовало несколько основных триггеров и катализаторов распространения вируса»*<sup>[10]</sup>.

Позже руководство клуба «Валенсия» объявило, что 35% футболистов и часть персонала команды дали положительный тест на коронавирус, связав это с поездкой в Милан.

Вскоре стало окончательно ясно, что коронавирус проник на север Италии в основном через крупнейший транспортный авиахаб Милана — аэропорт Мальпенса, благодаря многочисленным туристам из Азии, преимущественно китайцам, активно осваивающим популярные горнолыжные курорты Ломбардии. Никому не пришлось в голову хотя бы в конце января, когда тревожные сведения из Китая заполнили мировые СМИ, закрыть этот огромный аэропорт с годовым пассажиропотоком более 30 млн человек и масштабным грузооборотом. Даже после прекращения рейсов в Китай, он некоторое время продолжал работать по другим направлениям.

6 марта коронавирус был подтвержден у лидера правящей партии Италии Николы Дзингаретти после его показательного визита в школу в эмигрантском районе Рима, где обучаются дети из этнических китайских семей.

Число зараженных коронавирусом продолжало неуклонно расти: 10 марта в Италии был

объявлен общий карантин. Ситуацию усугубляло то, что многие заболевшие коронавирусом оказались не только преклонного возраста, но и «прихватили» обычный для этого времени года сезонный грипп с присущими ему осложнениями, включая то же двустороннее воспаление легких. Отсюда высокая смертность заболевших — более 14%.

И, наконец, еще одна деталь, повлиявшая на «взрыв» инфекции: власти Ломбардии, когда болезнь еще не приобрела массовый характер, советовали в знак солидарности с пораженным коронавирусом Китаем не чураться прибывающих в регион жителей Поднебесной: пожимать им руки, дружески обнимать, выражая приязнь и поддержку. Не секрет, что китайские туристы вносят немалую лепту в пополнение итальянского бюджета, бюджета Ломбардии — в особенности. Как известно, в этом регионе проживает крупнейшая в Италии китайская диаспора.

В первой декаде марта Джузеппе Ремуцци — научный руководитель Института фармакологических исследований им. Марио Негри, директор департамента иммунологии и клинической трансплантологии объединенного госпиталя Ospedali Riuniti di Bergamo, входящего в международную сеть больниц Европейского офиса здоровья ВОЗ, описал в журнале The Lancet «странную двустороннюю пневмонию» в одной из больниц Бергамо в конце 2019 г., протекавшую необычайно тяжело со стремительным захватом обеих долей легкого.

Публикация вызвала живейший интерес в мире, в особенности в США: на вопросы национального общественного радио США (NPR) доктор Ремуцци, располагавший информацией от врачей-клиницистов больницы Иоанна XXIII в Бергамо, сообщил: *«Они помнят, что столкнулись со слишком странной пневмонией с очень тяжелыми симптомами. В декабре и ноябре у пожилых пациентов уже появлялась подобная пневмония. Стало быть, еще до вспышки эпидемии в Китае этот вирус, возможно, начал распространяться на территории Ломбардии»*<sup>[11]</sup>.

Статья в журнале The Lancet побудила некоторые китайские СМИ использовать слова ученого в попытке доказать, что родиной коронавируса стал вовсе не Китай, а Италия. Так, ежедневное издание The Global Times — китайский таблоид, выходящий под эгидой газеты People's Daily, сообщил, что инфекция распространилась по

Италии еще до появления первых зараженных в Китае. Телеканал CCTV вспомнил и более раннее интервью Ремуцци, в котором тот со ссылкой на отдельных медиков сообщал, что случаи неизвестной пневмонии выявлялись в Италии еще в октябре 2019 г.<sup>[12]</sup>

Ответная реакция доктора Ремуцци не заставила себя ждать: в комментарии газете Daily Mail ученый заявил, что обнародованная им информация была основана исключительно на словах лишь нескольких врачей и слухах, не подтверждаемых научными фактами. Ремуцци подчеркнул, что даже если подобные пневмонии и имели место, доказательств того, что они были вызваны именно коронавирусом, нет.

Не оставалась в стороне и ВОЗ: 16 марта ее глава Тедрос Аданом Гебрейесус заявил: *«Самый эффективный способ предотвращать заболевание и спасать жизни — разорвать цепи передачи COVID-2019. Для этого надо сдавать тесты и изолироваться»*<sup>[13]</sup>.

18 марта доктор Гебрейесус объявил, что с учетом возможных тяжелых последствий, как это имеет место, например, в Италии, ученые экстренно приступили к тестированию вакцины от нового коронавируса. *«Первое испытание вакцины началось всего через 60 дней после того, как была установлена генетическая последовательность коронавируса. Это невероятное достижение»*, — отметил он<sup>[14]</sup>.

20 марта Италия, опередив Китай, вышла на первое место в мире по количеству новых случаев заболевания и числу умерших. Ситуация принимала угрожающий характер: больницы и морги переполнены, плановое лечение приостановлено, врачи на грани нервного срыва от отчаяния и усталости, некоторые — за гранью.

21 марта Владимир Путин в телефонном разговоре с премьер-министром Джузеппе Конте выразил поддержку руководству и народу Италии в связи с крайне тяжелой эпидемиологической обстановкой и готовность оперативно оказать необходимую помощь<sup>[15]</sup>.

Начиная с 22 марта авиационная группировка ВКС РФ 15 бортами доставила в Италию оборудование для диагностики, лечения и дезинфекционных мероприятий, группу экспертов войск радиационной, химической и биологической защиты (РБХЗ) — военных вирусологов Минобороны в области эпидемиологии, а также врачебно-сестринские бригады, приступившие

к работе в эпицентре коронавирусной инфекции — Бергамо.

*«Италия не приняла своевременных мер для борьбы с коронавирусом и число зараженных пошло резко вверх»*, — заявил известный российский вирусолог, замдиректора НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера Роспотребнадзора в Санкт-Петербурге Александр Семенов, который вместе с группой военных специалистов и медиков Минобороны развернул госпиталь в Бергамо. *«Здесь, в Италии, опоздали как минимум на три недели. Мы увидели, как делать не надо. Теперь мы понимаем гораздо больше, чем две недели назад, когда только начинали здесь работать и помогать»*, — отметил он<sup>[16]</sup>.

На протяжении полутора месяцев специалисты РБХЗ совместно с итальянскими коллегами самоотверженно преодолевали заражение, получив ценный международный опыт борьбы с коронавирусной инфекцией в очаге заболевания в условиях преобладания среди пациентов лиц преклонного возраста с выраженной коморбидностью и полипрагмазией.

22 марта премьер-министр Италии Джузеппе Конте объявил о приостановке работы всех предприятий, кроме стратегических, а также учреждений торговли, за исключением аптек и продуктовых магазинов. На карантин было отправлено более 7 млн работающих граждан.

25 марта пресс-секретарь итальянской федерации врачей общей практики (FIMMG) Паола Педрини, оценивая сложившуюся в Ломбардии обстановку, заявила, что по сравнению с официальной статистикой реальность выглядит куда хуже: *«Значительная часть инфицированных не отражается в статистике подтвержденных случаев, поскольку им просто не проводят тест (на COVID-19). Если в первые недели мы оценивали число реальных случаев заражения, примерно в пять раз превышающих официальную статистику, то сейчас оно, вне всяких сомнений, в 10 раз выше»*<sup>[17]</sup>.

Таким образом, к последней декаде марта в стране могли находиться около миллиона носителей коронавирусной инфекции.

28 марта в течение дня скончался 971 человек — страна вышла на пик заболеваемости. К этой дате от коронавируса умерли более 100 медиков (80 врачей и 21 медсестра), две медсестры

покончили с собой<sup>[18]</sup>. Согласно данным службы гражданской обороны Италии, число заболевших с начала эпидемии превысило 97,6 тыс. человек, 10,8 тыс. пациентов умерли, свыше 13 тыс. больных выздоровели.

В этот момент пандемия «полюхнула» в Испании, **поразившая страну не менее стремительно.**

Механизм распространения инфекции все тот же — путешествия, деловые поездки, визиты к родственникам, посещение исторических мест, поиски работы, приключений и пр.

**К 31 марта в Испании заразились около 89 тыс. человек и умерли почти 7,8 тыс.** Среди больных — большой процент медицинских работников, полицейских и военных. В больницах в дефиците практически все — от защитных средств и продуктов питания до похоронных услуг: покойников вывозят для кремации штабелями на армейских грузовиках.

Видеозаписи, сделанные в эти дни в Испании, ужасают: солдаты выносят из домов для престарелых трупы постояльцев, а мертвые и полуживые старики, зараженные вирусом, брошены персоналом<sup>[19]</sup>.

Вернемся к Италии: карантин, введенный 10 марта, продлевали несколько раз. Нормы, основанные на китайском опыте, — социальная дистанция, маски, мытье рук, выход из дома по QR-коду — распространили на всю страну. За нарушение — штраф от €300 до €3 тыс. в зависимости от региона.

4 апреля впервые стало уменьшаться количество больных в палатах интенсивной терапии, однако число вновь зарегистрированных в стране заболеваний оставалось высоким.

10 апреля премьер-министр Италии Джузеппе Конте заявил об очередном продлении карантина до 3 мая. К этому дню в стране было зафиксировано более 143 тыс. случаев заболевания, скончались свыше 18 тыс. пациентов, а пробежавшему по пляжу спортсмену в городе Пескара выписали за вызывающее нарушение карантина самый крупный в стране штраф — 4 тыс. евро<sup>[20]</sup>.

14 апреля в ряде областей Италии открылись магазины детских товаров и детского питания, книжные лавки и парфюмерные бутики.

4 мая правительство частично сняло карантинные ограничения, запустив третий этап так называемой «фазы 2», предусматривающий

возобновление работы строительной и производственной отраслей. С 18 мая верующие смогли посещать церкви, открылись магазины розничной торговли и парикмахерские, заработали бары и рестораны, с 25-го — фитнес-центры, спортзалы и бассейны.

3 июня Италия возобновила все виды транспортного сообщения: жители Апеннин смогли беспрепятственно передвигаться по стране, граждане стран Шенгена и Великобритании — посещать Италию в качестве туристов. 15 июня открылись театры и кинотеатры, жизнь стала возвращаться в привычное русло при сохранении ношения масок и перчаток в общественных местах.

Центр пандемии переместился из Европы за океан — в США и Бразилию, где президент Трамп и его бразильский коллега — Жаир Болсонару, прозванный за пренебрежение к «ковидной» ситуации «Трампом из тропиков», не контролировали обстановку.

В США провалилась ставка на сознательность граждан, в Бразилии — на сознательность президента.

*Продолжение в МА №8/20*

[1] <https://www.rbc.ru/society/03/05/2020/5eae5b579a7947abcb-d524bc?from=newsfeed>

[2] <https://ria.ru/20200228/1565340170.html>

[3] <https://www.bbc.com/russian/news-51654179>

[4] <https://ria.ru/20200228/1565340170.html>

[5] <https://tass.ru/opinions/7834045>

[6] <https://arxiv.org/abs/2003.09320>

[7] <https://www.bbc.com/russian/features-52018493>

[8] <https://cattiviscienziati.com/2020/02/28/il-virus-cera-gia-una-possibile-buona-notizia/>

[9] <https://www.bbc.com/russian/features-52018493>

[10] <https://soccer365.ru/news/11635/>

[11] <https://rg.ru/2020/03/22/koronavirus-poshel-po-miru-iz-italii.html>

[12] <https://lenta.ru/news/2020/03/26/wuhan/>

[13] <https://www.forbes.ru/obshchestvo/395647-dva-regiona-italii-vybrali-raznye-sposoby-borby-s-koronavirusom-odnomudalos>

[14] <https://www.rbc.ru/society/19/03/2020/5e73ad419a7947eb53-9761c9>

[15] <http://kremlin.ru/events/president/news/63048>

[16] <https://xn--80aesfpebagmfb1c0a.xn--p1ai/news/20200403-2114.html>

[17] <https://www.open.online/2020/03/25/coronavirus-allarme-medici-medicina-generale-fimmg-italia/>

[18] <https://lenta.ru/news/2020/04/06/morethan100/>

[19] [https://twitter.com/AndrewMwenda/status/1242290020708425728?ref\\_src=twsrc%5Etfw%7Ctwmp%5Etfweetembed%7Ctwtterm%5E124229002070](https://twitter.com/AndrewMwenda/status/1242290020708425728?ref_src=twsrc%5Etfw%7Ctwmp%5Etfweetembed%7Ctwtterm%5E124229002070)

[20] <https://iz.ru/999405/2020-04-13/v-italii-vypisali-maksimalnyi-shtraf-za-narushenie-karantina>



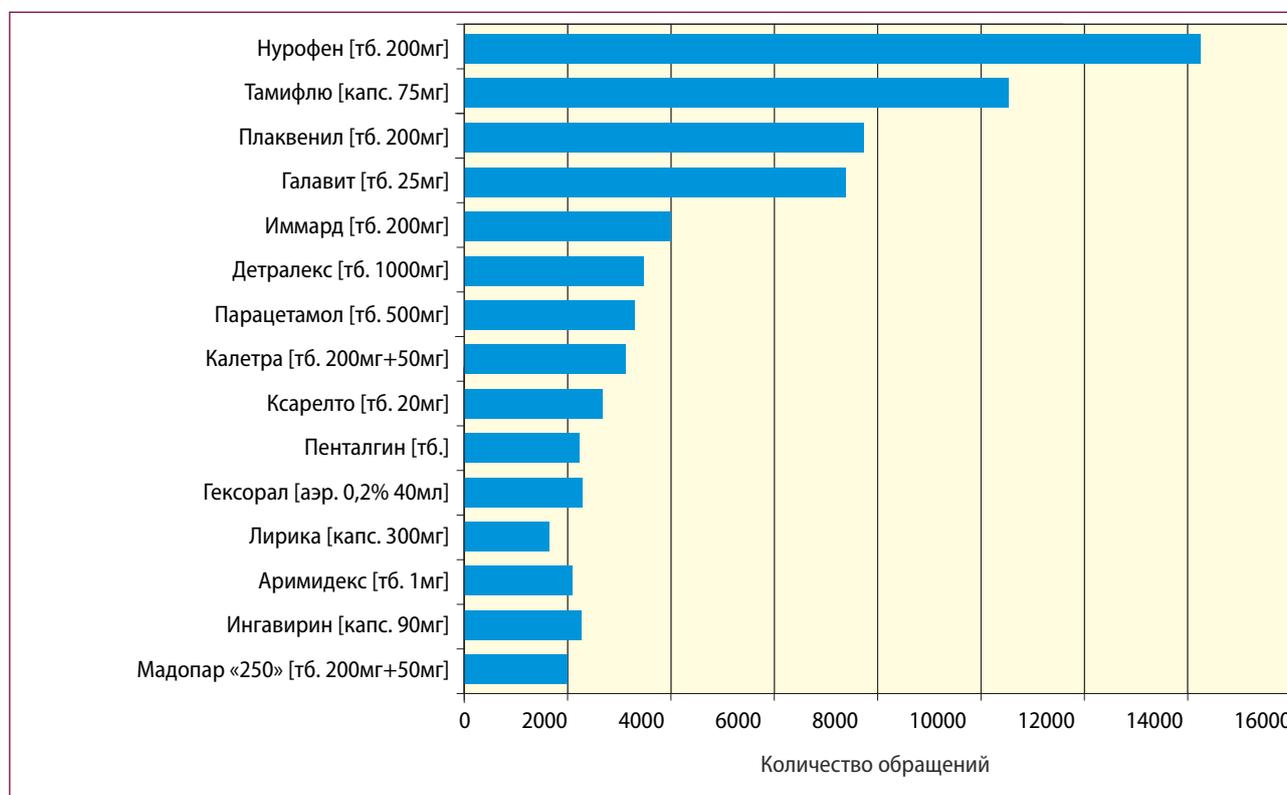
ASoftXXX

## ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА: НАИБОЛЬШИЙ СПРОС ВО II кв. 2020 г.

Наибольший спрос на лекарственные средства изучался по данным [AptekaMos.ru](https://aptekaMos.ru) — количество обращений составило 8 748 417.

Анализ потребительского спроса во II квартале 2020 г. показал, что лидерами являются следующие препараты (рис. 1).

Рис. 1 ПРЕПАРАТЫ — ЛИДЕРЫ СПРОСА ПО ИТОГАМ II КВАРТАЛА 2020 г.







## ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ОМС — ВСЕГДА ЕСТЬ, ЧТО УЛУЧШАТЬ В РАБОТЕ

В последнее время на информационном поле активизировалась дискуссия относительно различных моделей системы ОМС, споры относительно той или иной модели системы здравоохранения также не утихают. И все это происходит на фоне пандемии COVID-19, когда наиболее уязвимые места системы проявляют себя наиболее остро.

### ЧТО ЛУЧШЕ — СТРАХОВАЯ ИЛИ СМЕТНАЯ МОДЕЛЬ?

Раздающиеся голоса, которые ставят под сомнение существующую модель обязательного медицинского страхования (ОМС), начинают приобретать негативный оттенок для системы здравоохранения. Советы без понимания последствий крайне вредны, поэтому дискуссию в этом вопросе лучше вести на конкретных примерах и предметным языком. Такое мнение высказал руководитель Рабочей группы Всероссийского Союза страховщиков по развитию ОМС **Александр Трошин**.



Говоря об отечественной системе здравоохранения, он выделил два крупных блока. Существует страховая модель здравоохранения и экспертная модель, а также блок атрибутов, которые присущи обеим моделям. Это, в первую очередь, собственно медицинская инфраструктура и ее

дислокация, кадровое обеспечение и его заработная плата, распределение денег в медицинской организации, медицинский менеджмент, технологии и стандарты лечения, которые принимаются на уровне Минздрава, объем бюджета здравоохранения, который принимается на уровне правительства страны. Все перечисленные атрибуты обязательны вне зависимости от принятой модели страховой медицины.

*«Поэтому все разговоры о том, что проведенная Минздравом оптимизация системы здравоохранения, в результате которой инфекционных коек оказалось, якобы, недостаточно в период пандемии, система ОМС доказала свою несостоятельность и нам необходима именно экспертная модель, являются демагогией. Поскольку при экспертной модели мы столкнулись бы точно с такими же проблемами»,* — заявил Александр Трошин.

По его мнению, второй блок атрибутов отличается для страховой и экспертной модели страхования. Во-первых, это способ доведения денег до медицинских организаций (либо страховые принципы финансирования, либо сметные). Во-вторых, это присущий ОМС вневедомственный контроль: отсутствие заинтересанта в сметной

модели и его присутствие в ОМС — это принципиальное отличие. В-третьих, это взаимоотношения между пациентом и медицинской организацией. В страховой модели — это борьба за пациента и конкуренция, в сметной модели — ее отсутствие. Все эти факторы надо принимать во внимание при рассмотрении конкретных случаев.

Трошин считает, что корни ключевой проблемы современного здравоохранения находятся в первом блоке факторов. А именно в том, что финансирование здравоохранения недостаточно. Независимо от того, сторонником какой модели является тот или иной эксперт, все они сходны в едином мнении: финансирование здравоохранения в России в процентах от ВВП существенно ниже, чем во многих, даже соседних с Россией странах. Другой вопрос, насколько эффективно расходуются средства. Если оставить за скобками вопрос зарплаты врачей, то нет ни одного значимого законопроекта, направленного на увеличение финансирования здравоохранения в целом. Возникает вопрос, а какие вопросы хотят решить.

Что касается зарплат врачей, то их размер не зависит от того, каким образом поступают деньги в медицинские организации, полагает представитель ВСС. *«Бюджет здравоохранения формируется на уровне правительства, и весь вопрос заключается в эффективности менеджмента медицинской организации, который никак не зависит от модели, принятой в ОМС. После того как деньги от страховой компании поступают в больницу, все вопросы распределения денег переходят в руки медицинского сообщества. У страховщиков нет никаких юридических или иных рычагов заглянуть в бухгалтерию больницы. Однако при страховой модели возникает борьба за пациента, и зарплата врача должна расти, — говорит Трошин. — Все разговоры о том, что страховщики в системе ОМС оттягивают на себя значительные финансовые ресурсы, — это миф. По статистике на страховщиков тратится всего 1% от бюджета ОМС. И если даже убрать это звено из системы, а средства перераспределить между медицинскими организациями, то рост зарплат врачей составит всего 1,5%».*

Представитель страховщиков замечает, что авторы многих новаторских идей относительно

ОМС никогда не озвучивают последствия для конечного пациента после предлагающейся замены страховой модели на сметную. Причинно-следственная связь в этом случае, как правило, умалчивается. А последствия могут быть более чем серьезными. В частности, при внедрении сметной модели пропадет заинтересованность компании защищать пациента, пропадет вневедомственный экспертный контроль медицинской помощи, который осуществляется страховой компанией. Кроме того, существенно снизятся возможности контроля за расходованием денежных средств.

Другой ныне популярный тезис о неэффективной оптимизации, которую провел Минздрав, по мнению Александра Трошина, также не выдерживает критики. *«Вопрос о том, как содержать больницы, никак не соотносится с тем, по какой модели это происходит. ОМС не имеет никакого отношения к тому, какие решения принимаются в Минздраве относительно того, какие больницы оставить, а какие закрыть. Оптимизация здравоохранения была изначально затеяна с переносом центра тяжести на амбулаторное звено, в соответствии с мировой тенденцией на фиксирование заболевания, а не на его лечение»*, — заметил он.

## РЕГУЛИРОВАНИЕ, ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ И ЦИФРОВИЗАЦИЯ

Основная проблема системы обязательного медицинского страхования, на которую все чаще указывают эксперты и страховщики, — в планировании и распределении средств в регионах. *«Внутри сложившейся системы здравоохранения и ОМС накопился ряд вопросов, которые требуют обсуждения и реформирования. Поэтому необходимы регулирование и централизация»*, — убежден



руководитель Рабочей группы ВСС по организации ОМС **Алексей Березников**. По его словам, несмотря на то, что в стране существует федеральный ФОМС,

который четко отстраивает свою политику, прямого регулирования с его стороны деятельности территориальных фондов нет. В этом смысле наша система имеет некие точки децентрализации. По этой причине существуют и различия по тарифной политике, когда лечение заболеваний в разных регионах стоит по-разному. Даже несмотря на то, что тарифные соглашения просматриваются федеральным фондом, существует некоторое неравенство регионов. Поэтому будет полезно для всех, если роль ФФОМС в качестве регулятора усилится, появится общий нормативный акт и общая информационно-технологическая платформа.

Другая важная проблема, требующая скорейшего решения, — это разрозненность информационных технологий. *«Каждый регион выстраивает собственные технологические платформы, которые зачастую несовместимы друг с другом, — отметил А.В. Березников. — Почему это важно? Несовместимость контуров приводит к тому, что человек с хроническими заболеваниями, обращающийся за медицинской помощью в другом регионе, зачастую не может получить полноценную консультацию, поскольку доктор не может получить всю полноту медицинской информации о пациенте. Создание единого информационного контура создаст возможность в любой точке страны полноценно консультировать пациента, выявлять и исправлять нарушения. Хорошо, что этой проблемой озадачился федеральный центр, и мы надеемся, что вопрос унифицирования технологических платформ будет в скором времени решен в пользу централизации, в пользу застрахованных лиц».*

Вице-президент Всероссийского Союза страховщиков **Дмитрий Кузнецов** поддержал коллегу, подчеркнув важность цифровизации системы управления ОМС:



*«Я считаю, что эта работа жизненно необходима. Опыт работы в условиях пандемии подтверждает необходимость обмена документацией и данными в электронной форме между*

*медицинскими организациями, что минимизирует все потенциально опасные компоненты в таких экстремальных условиях».*

Говоря о страховых компаниях, Алексей Березников подчеркнул важность экспертной деятельности при проведении профилактической работы по оказанию медицинской помощи. Она позволяет вовремя выявлять нарушения и профилактировать их при будущем оказании медицинской помощи. Единая информационная система, построенная на единых шаблонах и правилах, с одной стороны, будет удобна ЛПУ, с другой — улучшит ситуацию с контролем в целом.

Алексей Березников высказал убежденность в том, что защита прав пациентов на всей территории страны должна происходить с более активным вовлечением в эту деятельность страховщиков. *«Фокус действия страховых компаний должен заключаться на двух действиях. Помощь застрахованному лицу должна оказываться на территории всей страны с использованием всех установленных законодательством механизмов. Более того, было бы полезно передать в страховые организации часть финансирования и возможность мотивации медицинских организаций путем их рейтингования. Такой позитивный опыт уже существует в системе добровольного медицинского страхования, и было бы правильно перенять его и в системе ОМС», — отметил он.*

## НЕОБХОДИМ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД

По просьбе Минздрава многие страховые организации сегодня анализируют статистику и причины смертности от коронавирусной инфекции. В сферу интересов страховой компании входят те рисковые категории граждан, заболевание коронавирусом для которых может иметь фатальные последствия. Это, в первую очередь, онкологические больные. Эта группа жестко зависит от своего лечащего врача. Член Рабочей группы ВСС по развитию ОМС, проф. **Алексей Старченко** констатировал тот факт, что плановая медицинская помощь в период пандемии была снижена.

*«Все пациенты, направлявшиеся на плановое лечение, должны были пройти диагностические*



*тесты на коронавирус. Со своей стороны, мы просили, чтобы такое диагностирование проводилось не перед госпитализацией, а непосредственно в месте планового лечения, однако наши доводы не были услышаны, — выразил тревогу Старченко. — Мы также*

*обращали внимание Минздрава и главных онкологов в регионах на то, что, по нашему мнению, онкологические больные, находящиеся на цикловом курсе химиотерапии или лучевой терапии, должны получать медицинскую помощь в неотложной форме. Поскольку удлинение интервалов между циклами лечения может привести к резистенции опухолей к препаратам и свести на нет все усилия специалистов — врачебные, экономические, финансовые и иные».*

Более того, Алексей Старченко настаивает на том, что пациенты, которые уже болеют коронавирусом, должны быть госпитализированы в специальные ковид-отделения в онкологических клиниках. Страховая компания и в этом случае может быть помощником. Такая модель организации медицинской помощи наиболее эффективна и с точки зрения защиты пациента, и с точки зрения защиты интересов врача. В этом, по его мнению, и заключался бы пациентоориентированный подход.

## СИСТЕМА ОМС ДОКАЗАЛА СВОЮ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ

В целом, по мнению Дмитрия Кузнецова, система ОМС гарантирует тот объем средств, который необходим для оказания медицинской помощи, в отличие от бюджетной модели, который

может постоянно корректироваться. *«В последнее время неоднократно предпринимались информационные вбросы о том, что бюджетная модель — это хорошо, особенно в свете борьбы с коронавирусом. Бюджетные модели существуют в Италии, Франции, во многих других странах. И мы прекрасно увидели, какая ситуация с пандемией и смертностью наблюдалась в этих странах. Миф о том, что страны со страховой моделью не справлялись с инфекцией, не верна, поскольку банальная статистика говорит об обратном».*

В свою очередь, Алексей Старченко озвучил еще одно рациональное предложение, проанализировав действия Минздрава России по борьбе с COVID-19. Госдумой РФ было анонсировано заседание Рабочей группы Комитета по охране здоровья, где выступили с предложением изъять из системы ОМС вновь открытые медицинские организации инфекционного профиля и перевести их в бюджетную модель. Эксперт считает, что такой подход будет неправильным: *«Сегодня мы практически не имеем коек реабилитации в системе медицинского страхования. Онкологические больные практически на 80% не имеют такой реабилитации. Мы предлагаем, чтобы те медицинские специалисты, которые будут высвобождаться после спада пандемии, были доучены в рамках системы ОМС через определенные финансовые фонды. Инфекционисты — это специалисты терапевтического профиля, которые хорошо знакомы с различными патологиями внутренних органов. В перспективе они могут стать реабилитологами, клиническими фармакологами, геронтологами, т.е. теми, в ком остро нуждается российское здравоохранение. А новые стационары использовать в системе ОМС в качестве реабилитационных площадок для пациентов с хроническими и онкологическими заболеваниями».*

**Елена САВЧЕНКО**



## ЧТОБЫ РЕБЕНОК СЛЫШАЛ ЭТОТ МИР

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сегодня от глухоты и нарушений слуха в мире страдают 466 млн человек, из них 32 млн — это дети! 360 млн населения земного шара имеют инвалидность по причине потери слуха. Цифры настораживающие! К 2050 г. каждый десятый житель планеты будет иметь те или иные проблемы со слухом. Задача ВОЗ — интегрировать имеющиеся возможности в национальные системы здравоохранения и повысить доступность слуховых аппаратов, а также как можно шире информировать людей о причинах потери слуха и возможностях его реабилитации. Особенно важно, чтобы в полном объеме помощь получали дети.

### В ЧЕМ ЖЕ ДЕЛО?

Инвалидизирующее снижение слуха означает:

- у взрослых (от 15 лет и старше): снижение слуха свыше 40 децибел (дБ) в лучше слышащем ухе;
- у детей (0–14 лет): снижение слуха свыше 30 дБ в лучше слышащем ухе.

Предполагается, что до 330 млн людей в мире имеют хронические инфекционные заболевания уха (хронический средний отит). Если отит не лечить, он сопровождается не только снижением слуха, но и опасными для здоровья и жизни осложнениями. А ведь хронический отит может быть предотвращен и эффективно излечен при адекватной медицинской, в т.ч. и хирургической помощи.

У детей более 30% нарушений слуха вызываются корью, свинкой, краснухой и инфекционными заболеваниями уха. Родителям следует помнить об этом и ни в коем случае не отказываться от вакцинации.

Что касается представителей пожилого возраста (старше 65 лет), то на трех приходится один человек, имеющий инвалидизирующее нарушение слуха (тугоухость). Если тугоухость не лечить, она может привести к ограничению в общении, тем самым провоцировать ощущение одиночества, за которым следует разочарование и социальная изоляция. И в результате к депрессии. А еще нарушения слуха у пожилых нередко являются драйвером когнитивных расстройств (ухудшение памяти, работоспособности) и деменции.

Предполагается, что риск развития тугоухости обусловлен воздействием шума в местах развлечений: на концертах, спортивных мероприятиях, а также использованием персональных музыкальных устройств. Регулярное воздействие громких звуков в течение длительного времени представляет серьезную угрозу развития необратимых нарушений слуха. Это можно предотвратить за счет повышения информированности о рисках, законодательных инициатив и соответствующих практик безопасного слушания.

Неправильное использование индивидуальных систем прослушивания (наушников) приводит к снижению слуха у 1,1 млрд молодых людей в мире. Сегодня достигнута договоренность с производителями гаджетов о том, что в случае превышения безопасной мощности (80 дБ) на экране появляется предупреждение: **«длительное прослушивание на максимальной громкости может привести к снижению слуха»**. Важно его не игнорировать, а также помнить, что наушники нельзя использовать в транспорте. Самые агрессивные модели — **внутриушные наушники** — потому что имеют направленную звуковую волну, которая прицельно воздействует на органы слуха.

Во многих местах производственный шум, такой как громкие звуки работающих механизмов и взрывы, стал наиболее потенциально компенсированным профессиональным вредным фактором. Он может быть предотвращен за счет использования индивидуальных средств защиты.

Существует несколько десятков наименований лекарственных средств (главным образом это аминогликозиды и некоторые противомаларийные препараты), которые могут вызывать нарушения слуха и равновесия. Такой побочный эффект проявляется не у всех. Поэтому особенно важно принимать лекарства не в порядке самолечения, а по назначению врача. Кроме того, у многих препаратов есть аналоги, которые никак не повлияют на остроту слуха.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ: ВОЗМОЖНЫ ВАРИАНТЫ

В 60% тугоухость у детей может быть предотвращена за счет активного функционирования системы здравоохранения. ВОЗ считает, что для этого необходимо:

- Совершенствовать программы охраны здоровья матери и ребенка, включая иммунизацию.
- Реализовывать программы аудиологического скрининга детей и школьников.
- Готовить работников здравоохранения для реализации программ профилактики нарушений слуха.
- Обеспечить доступность технических средств реабилитации и коммуникации.
- Регулировать и мониторить использование ототоксических препаратов и воздействие производственного шума.

Жестовый язык и практика субтитров облегчают общение с глухими и слабослышащими. ВОЗ считает, что члены семьи, медицинские работники, учителя и сотрудники должны мотивироваться к изучению жестового языка для облегчения общения с глухими людьми. Использование индукционных систем в классах и публичных местах, так же как и использование субтитров в аудиовизуальных медийных программах, важно для улучшения доступности к общению для лиц с нарушениями слуха.

Люди с нарушениями слуха (включая и возрастное его снижение) могут реабилитироваться различными способами, в т.ч. с помощью слуховых аппаратов и кохлеарных имплантов.

## НЕ ОТКЛАДЫВАЙ НА ЗАВТРА ТО, ЧТО МОЖНО СКОРРЕКТИРОВАТЬ СЕГОДНЯ!

Директор ФГБУ «Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования» ФМБА России, проф. **Георгий**



**Таварткиладзе** убежден — с помощью современных технологий в медицине можно восстановить слух в любом возрасте... Но легче всего это сделать в детстве.

*«Потерю слуха у 60% детей можно предотвратить, а у остальных 40% случаев — реабилитировать с помощью различных методов (слуховых аппаратов и кохлеарной имплантации), — утверждает Г.А. Таварткиладзе. — Главное, чтобы помощь была оказана ребенку вовремя. Идеальный срок для проведения имплантации — первые 6–12 месяцев жизни ребенка. Практика показывает: если операция была проведена в этом возрасте, 60–80% детей после нее обучаются в общеобразовательных школах. Позже эффективность реабилитации катастрофически падает».*

*«Пластичность мозга ребенка снижается и становится менее адаптивной к новому акустическому входу в возрасте 3–4 лет. А при врожденной тотальной глухоте оптимального*

*результата можно достигнуть при максимально раннем выявлении, диагностике и начале слуховой реабилитации — в возрасте до двух лет»,* — пояснил проф. Г.А. Таварткиладзе.

В 1996 г. стартовала Всероссийская программа комплексного скрининга нарушений слуха у детей первого года жизни. В 2008 г. в нашей стране универсальный аудиологический скрининг всех новорожденных был внесен в Национальный проект «Здоровье». На сегодняшний день первым этапом скрининга охвачено 95–97% детей. Его внедрение дало колоссальные результаты.

В 2021 г. программе кохlearной имплантации в России исполнится 30 лет. Если раньше минимальный возраст проведения имплантации составлял 3–4 года, то сегодня — 1 год и 2 месяца, а некоторым малышам операция проводится в 6–8 месяцев.

За счет средств ОМС в шести федеральных центрах России делается 1000–1100 имплантаций в год. Пациентам, использующим слуховые аппараты, раз в 5 лет предусмотрена их замена — бесплатная! Это можно считать большим достижением, ведь такая услуга на бесплатной основе не предусмотрена в системах здравоохранения большинства развитых стран.

## О КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

В процессе кохlearной имплантации врач вживляет электродные системы во внутреннее ухо. Это восстанавливает слуховые ощущения путем непосредственной электрической стимуляции волокон слухового нерва. Сама система кохlearной имплантации состоит из двух компонентов — внутреннего (непосредственно кохlearный имплант, устанавливаемый хирургом во время операции) и наружного (речевой процессор, который подключается через

3–4 недели после оперативного вмешательства сурдологом-аудиологом).

Внешние компоненты импланта собирают, анализируют, кодируют и передают слуховую информацию к внутренним компонентам импланта. Звуковой процессор носят за ухом или на теле. Он воспринимает окружающие звуки и преобразует их в цифровой код. Далее звуковой процессор передает звук с цифровым кодированием на передающую катушку, которая через кожу по радиочастотному каналу передает сигнал к приемнику-стимулятору кохlearного импланта, установленному во время операции хирургом под кожей. Приемник-стимулятор кохlearного импланта преобразует звук из цифровой формы в электрические импульсы и отправляет их на электроды, помещенные во внутреннее ухо. Электроды импланта стимулируют слуховой нерв, который затем посылает импульсы в мозг. Он воспринимает их и интерпретирует как звуки.

*«Важно помнить, что имплантация — это только первый этап реабилитации, — объясняет вице-президент Российской академии образования, академик*



**Николай Малофеев.** — *Операция возвращает ребенку слух, но не учит его слышать. Для того чтобы ребенок овладел речью и научился понимать ее, требуются совместные усилия врачей и родителей. Если раньше мамам и папам отводилась пассивная роль (ждать ребенка под дверью кабинета врача-сурдолога), то сегодня над развитием слуха и речи у малышей в основном работают именно родители. И успех реабилитации во многом зависит от них».*

**Марина МАСЛЯЕВА**



## АПТЕЧНАЯ КОСМЕТИКА ДЛЯ ЛИЦА: УХОД И ЛЕЧЕНИЕ

В пору косметического изобилия и множества соблазнов каждая женщина может подобрать себе подходящий уход за кожей. Сегодня ведущие эксперты лабораторий мировых брендов аптечной косметики регулярно разрабатывают новейшие формулы различных продуктов, которые проходят строгое тестирование и доказывают свою эффективность в теории и на практике.

Главное, разобраться, как подобрать крем для лица с учетом индивидуальных потребностей кожи и какой аптечной косметике стоит отдать предпочтение.

### В ЧЕМ РАЗНИЦА?

Принципиальное отличие аптечной косметики для лица от бьюти-средств, продающихся в магазинах масс-маркета, заключена в следующем:

- В основе производства аптечных продуктов или космецевтики заложены новейшие достижения косметологии, дерматологии и фармацевтики.
- Эффективность применения таких средств доказана клиническими исследованиями, а производители аптечных марок косметики гарантируют видимый результат от регулярного применения их продукции.
- Космецевтика призвана искоренять проблемы дермы на клеточном уровне, а не маскировать их внешнее проявление.
- Активные формулы аптечных продуктов могут решать несколько проблем одновременно и отличаются высоким содержанием действующих компонентов, которые помогают

сохранить естественную красоту и молодость кожи надолго, возвращая ей здоровье и тонус благодаря таким компонентам, как витамины и минералы; ретинол; гиалуроновая кислота; ферменты; пептиды; термальная вода; натуральные масла; фруктовые кислоты; антиоксиданты и др.

**Важно!** В составе косметических средств, представленных в ассортименте аптек, присутствует минимальное количество консервантов, отдушек и химических добавок, поэтому они подходят для ухода даже за чувствительной дермой, склонной к аллергии и раздражению.

### АПТЕЧНАЯ КОСМЕТИКА ПО ТИПУ КОЖИ

Среди брендов сложно выделить лидирующих производителей. Пожалуй, в приоритете французская космецевтика, известная своими всемирными брендами.

Помимо эффективности любая продукция должна иметь сертификат качества, одобрение дерматологов и косметологов.

Различные линии средств при систематическом применении решают индивидуальные проблемы сухой, чувствительной, жирной и проблемной кожи, а также эффективно борются с возрастными изменениями.

**Современная косметика невозможна без термальной воды.** Этот компонент может быть обогащен антиоксидантами, усиливающими способность клеток к борьбе со свободными радикалами, а также повышает регенерацию.

Поскольку производители постоянно обновляют и совершенствуют свою продукцию, перед покупателем не должен стоять вопрос о сложностях выбора. Главное, руководствоваться, ориентируясь на свой тип кожи и ряд проблем, которые необходимо решить. В этом помогут косметологи, фармацевты или специальные тесты на сайте производителя.

**Для нормальной кожи подходят легкие флюиды и сыворотки** в летний период и **плотные, питательные составы** при использовании в зимний период. Кроме того, для данной кожи можно применять любые косметические продукты с мощными увлажняющими компонентами.

**Обладательницам сухой и чувствительной кожи рекомендуется продукция с растительными маслами, натуральными жирами и гипоаллергенными формулами.** Такая косметика также должна содержать увлажняющие и гидрофиксирующие комплексы, потому что данный тип кожи очень нуждается в увлажнении и удержании влаги в клетках эпидермиса.



Также следует учитывать присутствие в составе ингредиентов, снижающих чувствительность и защищающих от неблагоприятных факторов окружающей среды.

**В уходе за жирной, проблемной кожей рекомендованы кремы, гели и флюиды с матирующим эффектом, сужающие поры.** Они уменьшают выработку себума (кожного сала), при этом смягчают и увлажняют эпидермис. Для проблемной кожи с выраженными признаками акне следует ориентироваться на средства, устраняющие воспалительные процессы, обладающие заживляющим эффектом и устраняющие поры.

И наконец **антивозрастная косметика (anti-age)**. В ее состав входят компоненты, способствующие ускорению обновления клеток, сглаживанию видимых возрастных изменений: морщин, пигментных пятен и предотвращению появления новых признаков старения. Для антивозрастного ухода косметологи советуют использовать продукты для коррекции признаков старения, глубоко увлажняющие и питающие кожу.

**Профессиональный совет:** для достижения наилучшего результата важно придерживаться комплексного подхода. Необходимо комбинировать несколько средств узконаправленного действия из одной гаммы продуктов и уже через месяц регулярного применения можно будет наблюдать положительный эффект.

## БЕЗОПАСНЫЕ КОМПОНЕНТЫ НАТУРАЛЬНОЙ КОСМЕТИКИ

Современная жизнь диктует свои направления во всем и одно из них — возврат к природе и натуральности. Такая же тенденция наблюдается и в случае с косметикой. Поэтому, чтобы не ошибиться, нужно знать, какие ингредиенты в составе косметики действительно работают и приносят пользу.

Прежде всего, это средства, которые содержат природные вещества растительного происхождения. Сырье для них выращивается в экологически чистых регионах, проходит специальную обработку. Особые технологии исключают попадание в состав вредных компонентов, гарантируют сохранение полезных свойств. К таким ингредиентам относят эфирные масла,

лекарственные травы, цветы, воск, витамины и не только.

Обозначить свою продукцию как натуральную может любой производитель косметики, если в составе присутствует хотя бы минимальная доля природных веществ (всего 1% от общего объема). И компания имеет право нанести на этикетку информацию о чудодейственных свойствах новинки.

Чтобы разобраться, действительно ли это эффективная косметика, необходимо проверить, на каком месте в списке составляющих находятся природные вещества. В первых же строчках должны присутствовать именно **натуральные компоненты**. Они перечисляются на этикетке в порядке убывания в составе продукта. Все, что составляет меньше 1% от общего объема, может отображаться в любом порядке в конце списка.

100%-ной натуральной косметики не существует, иначе содержимое баночек и флаконов испортилось бы уже через пару дней (из-за активного размножения болезнетворных микробов), поэтому в составе обязательно присутствуют разрешенные консерванты (натуральные или синтетические).

Как правило, это эфирные масла, бензойная, сорбиновая кислоты и растительные соки.

## ТОП РАБОТАЮЩИХ ВЕЩЕСТВ

Несмотря на то, что природная косметика не дает быстрых результатов, у нее много поклонников среди профессионалов и обычных покупателей, поскольку несмотря ни на что она приносит пользу за счет богатого состава.

- **Полиненасыщенные жирные кислоты (EFA)** — так называемые омега-3 и омега-6, которые незаменимы в уходе за проблемной кожей: чувствительной или очень сухой, с акне и другими высыпаниями, раздражением. Их используют и для ухода за волосами. Такие ингредиенты обладают комплексным действием: омолаживающим, противовоспалительным, укрепляющим, увлажняющим.

Омега-кислоты для натуральной косметики обычно получают из растительных масел (льняного, соевого, кукурузного и др.). Нередко эти вещества соединяют с вит. Е во избежание окисления.

- **Пробиотики** («живые» бактерии) приносят пользу организму человека не только в составе

кисломолочной продукции. Они улучшают состояние кожи, помогают справиться с сухостью, воспалительными процессами, улучшают защитные функции и стимулируют выработку коллагена и эластина. Поэтому косметика с пробиотическими культурами оптимально подходит для ухода за возрастной кожей, она способствует продлению молодости. Их выбирают для борьбы с акне, воспалениями, другими проблемами.

В состав натуральной косметики пробиотики традиционно вводят в виде фрагментов бифидобактерий, лактобацилл.

- **Полифенолы** — растительные антиоксиданты, целое семейство мощных природных компонентов. В косметику чаще всего добавляют антоцианы и флавоноиды. Эти вещества усиливают выработку эластина, коллагена, поддерживают здоровье кожи за счет предотвращения разрушения составляющих тканей. Они препятствуют старению эпидермиса, ведут борьбу со свободными радикалами. Полифенолы получают из зеленого чая, виноградной косточки, лаванды, свежих ягод и другого сырья. Натуральная косметика с такими ингредиентами дарит коже свежесть, снимает усталость, разглаживает поверхность.

**На заметку.** Чтобы убедиться в натуральности косметической продукции, необходимо проверить наличие на этикетке элементов экомаркировки. Это знаки добровольных систем сертификации продукции с натуральными веществами — BDIH, ICEA, Ecocert, NaTrue и др. Они подтверждают безопасность товара.

- **Фитостеролы** восстанавливают, защищают кожные покровы, заживляют, снимают воспаление и успокаивают. Также эти природные



соединения омолаживают и укрепляют кожу. Их называют натуральными защитниками от воздействия ультрафиолетового излучения. Косметика с фитостеролами активно применяется для ухода за проблемной, чувствительной кожей. Можно подобрать продукцию с такими ингредиентами для омоложения возрастной кожи, лечения акне. Вещества получают из нерафинированных масел — рапсового масла, авокадо и т.д.

- **Токоферол** — иначе вит. Е. — частый спутник в составе натуральной косметики. Компонент действительно обладает целебными свойствами. Основная его задача сводится к защите эпидермиса от потери влаги. Вит. Е повышает тонус, разглаживает морщины, поэтому косметика с ним используется для улучшения состояния зрелой кожи.

- **Ресвератрол** — еще один важный антиоксидант, обладающий уникальным действием. Его называют естественным природным антибиотиком, который присутствует во многих растениях. Вещество замедляет процессы естественного старения, повышает защитные свойства, обладает выраженным противовоспалительным действием. Натуральная косметика с этим ингредиентом заметно улучшает цвет кожи, повышает ее тонус. Также ресвератрол доказал свою эффективность в устранении акне, экземы, розацеа.

Для косметики компонент получают из какао, кожуры винограда, некоторых видов орехов. Субстанцию включают в антивозрастные средства, продукцию для защиты от солнца, ухода за лицом и телом.

- **Трегалоза** особенно популярна в японской косметике. Это один из самых «сладких» компонентов в косметической продукции: специфический сахар, содержащийся в водорослях, полезных бактериях, грибах. Ингредиент обладает высокими защитными свойствами, поэтому он активно используется в средствах для снятия шелушения, раздражения, защиты от действия низких, высоких температур и других неблагоприятных факторов. Также трегалоза



эффективно увлажняет, устраняет неприятный запах, служит проводником для переноса полезных веществ в слои кожи. Ее применяют для создания натуральной косметики с самыми разными свойствами. Например, для увлажняющих кремов, термозащитных спреев, антиперспирантов.

**На заметку.** Выбирая натуральные косметические средства, необходимо проверять не только наличие эффективных компонентов в составе, но и избегать покупки средств с нежелательными веществами. Хотя у каждой системы сертификации продукции свои требования по составу, любая из них относит к категории запрещенных определенные ингредиенты. В натуральной косметике не должно быть:

- формальдегида и его производных;
- этилендиаминаксусной кислоты;
- четвертичных аммониевых соединений, поликватерниумов, красителей, синтетических отдушек, галогенорганических соединений, парабенов, этоксилированных компонентов.

У современной женщины много возможностей, чтобы выглядеть молодо и ухоженно. И вопрос не только в натуральности используемой продукции, но и в эффективности разработок создателей действительно работающих препаратов, которые обеспечивают результат. Кроме того, немалую роль играют косметологи, которые профессионально оценят состояние кожи и помогут подобрать правильный уход.

**Софья МИЛОВАНОВА**



## ДВА ОКОШКА В МИР: ВСЕ О КОНТАКТНЫХ ЛИНЗАХ

Сегодня контактные линзы — простое и эффективное средство коррекции зрения, ставшее достойным конкурентом очкам. Об их преимуществах, особенностях ношения и ухода рассказала врач-офтальмолог высшей категории, к.м.н., доцент кафедры глазных болезней института повышения квалификации Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова, директор по клиническим вопросам компании Johnson & Johnson Vision в России и СНГ, эксперт бренда ACUVUE® **Ирина Антоновна Лещенко**.

**В чем преимущества контактных линз перед очками? Из каких материалов они сейчас изготавливаются?**



Контактные линзы — это оптическое приспособление, которое, как и очки, преломляет лучи света и позволяет скорректировать зрение в зависимости от типа его нарушения. В отличие от очков линзы находятся непосредственно на поверхности глаза в слезной пленке над

роговицей, образуя с последней единую оптическую среду. Благодаря такому расположению контактные линзы имеют ряд оптических преимуществ перед очками.

Во-первых, линзы не ограничивают поле зрения. Во-вторых, передают на сетчатку глаза изображение предметов с реальными размерами, т.е. не уменьшают или не увеличивают их, как

это делают очковые линзы. Такие оптические преимущества позволяют носить на разных глазах линзы с большой разницей в оптической силе (более 2,00 диоптрий), тогда как в очках это бывает невозможным.

Современные линзы изготавливаются из мягких и жестких материалов, но массовое распространение получили именно мягкие контактные линзы:

- гидрогелевые (частично ограничивают доступ кислорода к глазу);
- силикон-гидрогелевые (практически полностью проводят кислород к поверхности глаза).

**С какого возраста их можно носить?**

Ограничений по возрасту для ношения контактных линз не существует. При наличии медицинских показаний можно подобрать линзы ребенку в возрасте нескольких месяцев. Другой пример: одному из моих пациентов более 70 лет, и он с удовольствием носит линзы.

Самое главное в этом вопросе — наличие потребности и показаний для коррекции зрения,

а также обязательная консультация со специалистом перед началом использования, квалифицированный подбор линз и постоянное динамическое наблюдение за пациентом в процессе ношения.

### **Как понять, какие линзы подойдут — однокорректные или пролонгированные?**

После проведения диагностического обследования врач предложит подходящий для пациента тип контактных линз. Изначально нужно понять, какие линзы (однофокальные, торические или мультифокальные) необходимы человеку. Тип линзы зависит от вида нарушения зрения.

Кроме того, у пациента есть возможность выбрать линзы в зависимости от частоты замены. Например, линзы ежедневной замены (каждый день используется новая пара, они не нуждаются в очистке и хранении) или линзы с частотой замены один раз в две недели.

Контактные линзы ежедневной замены, по данным многочисленных исследований, являются линзами, которые обеспечивают самый здоровый режим ношения, т.к. минимизируют риски инфекции, связанные с нарушением ухода за линзами.

В некоторых случаях, при отсутствии у пациентов противопоказаний, может быть назначен пролонгированный режим ношения линз, когда человек не снимает линзы на ночь и носит их в течение одной недели непрерывно (спит в контактных линзах).

Однако нужно знать, что сон в контактных линзах является значимым фактором риска развития инфекции глаза, что подтверждено многочисленными клиническими исследованиями. Поэтому носить линзы в пролонгированном режиме пациенту должен разрешить специалист, если у пациента есть такая острая необходимость. Я стараюсь не назначать своим пациентам такой режим ношения линз.

### **Как правильно подобрать линзы? Учитываются ли при подборе заболевания, которые могут повлиять на зрение, например, сахарный диабет?**

Прежде чем подбирать пациенту контактные линзы, специалист собирает у пациента анамнез, обязательно интересуется общим состоянием здоровья, чтобы понять, не является ли наличие того или иного заболевания препятствием

для ношения контактных линз, а также исследует состояние глаз.

Только после этого врач принимает окончательное решение о возможности коррекции зрения контактными линзами, и какой тип линз будет наиболее подходящим для каждого человека.

### **Можно ли чередовать их с очками?**

Да — вы можете носить и очки, и линзы, чередуя их, в удобном для вас режиме. Более того, у носителя контактных линз обязательно должны быть очки на тот случай, если по каким причинам, например, во время простудных заболеваний или любых воспалительных процессов в организме, контактными линзами нельзя пользоваться.

### **Можно ли при ношении линз пользоваться косметикой? Какой именно?**

Безусловно, можно. Предпочтение лучше отдать гипоаллергенной косметике на обезжиренной основе. Лучше использовать водостойкую тушь для ресниц и подводку для глаз — это предотвратит осыпание или размазывание, вы избежите попадания частичек косметики на поверхность линзы, а значит и возможного дискомфорта или раздражения глаз.

### **Бывает, что при переходе с очков на линзы человек испытывает дискомфорт. Как помочь глазам адаптироваться?**

Обычно большинство пациентов, при условии, что линзы подобраны правильно, практически не ощущают их на глазах. Легкий дискомфорт может быть сразу же после надевания линз и проходит в течение нескольких минут.





Если дискомфорт сохраняется, то необходимо сообщить об этом врачу. Врач должен внимательно осмотреть глаза с линзами и без них, чтобы понять причину дискомфорта и устранить ее.

Некоторым пациентам, если для этого есть показания, назначают увлажняющие капли при ношении контактных линз, которые помогают справиться с ощущением сухости. Однако нет необходимости назначать их всем пациентам, т.к. современные линзы могут иметь в своем составе увлажняющие компоненты, которые помогают им сохранять стабильность слезной пленки и не вызывать ощущение сухости глаз.

#### **Как правильно ухаживать за линзами и пользоваться ими?**

Проще всего пользоваться однодневными линзами — утром надел, а вечером снял и выбросил. Для ухода за многоразовыми линзами понадобятся специальный дезинфицирующий раствор и контейнер для их хранения.

После каждого использования линзы должны очищаться пальцами, споласкиваться и замачиваться в контейнере со свежим дезинфицирующим раствором. С подробными правилами ухода всегда можно ознакомиться в инструкции или на сайте производителя.

#### **Возможны ли травмы глаз при использовании линз?**

К сожалению, неосторожное обращение с контактными линзами при манипуляциях может повлечь за собой травму поверхности глаза. Особенно в случаях, если у пациентов длинные ногти.

Прежде чем надеть на глаз линзу, ее нужно осмотреть со всех сторон, чтобы убедиться, что на ней нет царапин и сколов края, это может вызывать травму глаза.

#### **В каких случаях можно носить только контактные линзы? А кому они, наоборот, не подойдут?**

Если у человека кератоконус, то, как правило, это состояние корригируется контактными линзами, а очки практически не улучшают зрение. Линзы не рекомендуется носить пациентам с тяжелыми формами сахарного диабета, коллагенозами, туберкулезом, тяжелыми психическими заболеваниями.

#### **Как сегодня корректируются миопия, астигматизм, дальнозоркость и другие дефекты зрения? Есть ли эффективные способы их профилактики?**

Нарушения зрения, такие как миопия, астигматизм, гиперметропия, пресбиопия, могут корригироваться очками и контактными линзами, а также с помощью рефракционной хирургии.

Как правило, астигматизм и гиперметропия связаны с врожденными особенностями глаза, тогда как миопия в большинстве случаев приобретенное состояние. Сегодня есть методики, позволяющие эффективно контролировать прогрессирование миопии. Однако нужно помнить, что во всех случаях при миопии пациенту требуется практически постоянная полная коррекция зрения вдаль.

**Ирина ОБУХОВА**

11–13 августа 2020 г.

# КОНГРЕСС ВЫСТАВКА



# ЗНОПР.РФ

ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ «ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ — ОСНОВА ПРОЦВЕТЕНИЯ РОССИИ»

- ВАКЦИНАЦИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
- ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
- РОССИЙСКИЕ И ЗАРУБЕЖНЫЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ
- ОБОРУДОВАНИЕ, СНАРЯЖЕНИЕ, ТОВАРЫ И УСЛУГИ ДЛЯ ВЕДЕНИЯ ЗОЖ
- САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ СФЕРА, ДЕТСКИЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ОТДЫХ, ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ, ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ
- ТЕХНОЛОГИИ И ПРАКТИКИ В ОБЛАСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ
- ФАРМПРЕПАРАТЫ, МЕДТЕХНИКА, ОБОРУДОВАНИЕ И СРЕДСТВА ЗАЩИТЫ, СИСТЕМЫ ДЕЗИНФЕКЦИИ
- ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ И РЕЗЕРВОВ ОРГАНИЗМА

Выставка работает:  
10:00–20:00

ВК «Гостиный двор», ул. Ильинка 4  
Станции метро: «Китай-город», «Площадь Революции»

РЕК

## 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](http://infor-media.ru)

Подробности по тел. +7 495 995-80-04 и по e-mail [e.pronenko@infor-media.ru](mailto: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](http://infor-media.ru)

Подробности по тел. +7 495 995-80-04 и по e-mail [e.pronenko@infor-media.ru](mailto:e.pronenko@infor-media.ru)



## 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.ru](http://infor-media.ru)

Подробности по тел. +7 495 995-80-04 и по e-mail [e.pronenko@infor-media.ru](mailto:e.pronenko@infor-media.ru)



**14-16 октября 2020**

Администрация Волгоградской области,  
Комитет здравоохранения Волгоградской области,  
Волгоградский государственный медицинский университет,  
Выставочный центр "Царицынская ярмарка"

XXXI специализированная межрегиональная выставка

# МЕДИЦИНА

## и ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

В рамках выставки специализированная экспозиция  
**ЗДОРОВЬЕ МАМЫ И МАЛЫША**

[www.zarexpo.ru](http://www.zarexpo.ru)

**Место проведения:** Волгоград Арена  
пр. В.И. Ленина, 76

Выставочный центр "Царицынская ярмарка"  
Тел./факс: (8442) 26-50-34, e-mail: [nastya@zarexpo.ru](mailto:nastya@zarexpo.ru)






# БАД-ЭКСПО

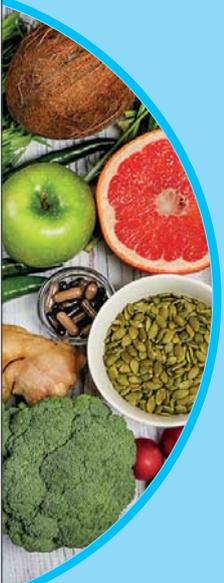
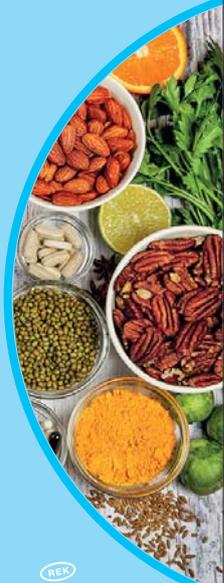
Москва • ИнфоПространство

**29-31  
ОКТАБРЯ  
2020**

## МЕЖДУНАРОДНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА БИОАКТИВНЫХ ДОБАВОК И ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ

[baa-expo.ru](http://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@artekaxpro.ru

ARTEKAXPRO.RU

7-10 ДЕКАБРЯ · МОСКВА · ЦВК "ЭКСПОЦЕНТР"

ОРГАНИЗАТОР



ЕВРОЭКСПО

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ

МИНПРОМТОРГ  
РОССИИufi  
Approved  
EventРААС  
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ  
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ КОМПАНИЙ

Реклама 

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  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