

ТЕМА НОМЕРА



АПТЕЧНАЯ СЕТЬ РОССИИ. ПРИДУТ ИНЫЕ ВРЕМЕНА...

В эпоху пандемии многим вспомнилась хорошо забытая истина: аптека — одно из важнейших учреждений в жизни каждого человека. В то же время многие аптечные организации не смогли пережить сложные времена: в 2020-м учреждений, где пациенту могут оказать фармацевтическую помощь, впервые стало меньше...

Аптека спасает жизнь. А сейчас, кажется, пришло время спасти аптеку.

АНОНС



ВОЗМОЖНОСТИ БЮДЖЕТА И ПОТРЕБНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Вопросы финансирования здравоохранения в Российской Федерации остаются крайне актуальными на протяжении уже многих лет. Минздравом России подготовлены Рекомендации по способам оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний.



В. Гридякин: МИКРОКЛИМАТ АПТЕКИ — ЭТО РАЗГОВОР ОБО ВСЕМ

Минувший год был очень сложным для малых и средних предприятий. И это еще мягко сказано. Даже аптечных организаций впервые за много лет стало меньше. Но все же в любой, даже самой сильной тенденции бывают исключения. И именно они могут оказаться полезным опытом.

ТЕМА НОМЕРА

	АПТЕЧНАЯ СЕТЬ РОССИИ. ПРИДУТ ИНЫЕ ВРЕМЕНА...	3
---	---	----------

АПТЕКА

	ОТРАДНОЕ: В ПАНДЕМИЮ ХОРОШО, КОГДА АПТЕКА РЯДОМ С ДОМОМ	23
---	--	-----------

	Е. Симонова: БЕЗ ЛЮБВИ К СВОЕМУ ДЕЛУ НИЧЕГО НЕ ПОЛУЧИТСЯ	31
---	---	-----------

	Олег Гончаров: ДОВЕРИЕ — ЭТО КЛЮЧЕВОЙ АКТИВ ЛЮБОЙ АПТЕКИ	35
--	---	-----------

	ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ АПТЕКИ И СПИРТО-СОДЕРЖАЩИЕ ПРЕПАРАТЫ	41
---	--	-----------

	ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ПРОХОДИМ В СРОК	44
---	---	-----------

	СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛАУКОМЫ	46
---	--------------------------------------	-----------

	ВОПРОС — ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ	51
---	------------------------------------	-----------

ФАРМРЫНОК

	ПОД КОНТРОЛЕМ РОСЗДРАВНАДЗОРА	55
---	--------------------------------------	-----------

	В. Гридякин: МИКРОКЛИМАТ АПТЕКИ — ЭТО РАЗГОВОР ОБО ВСЕМ	60
---	--	-----------

	УЧЕБА И РАЗВИТИЕ — ТО, ЧТО НУЖНО КАДРАМ	65
---	--	-----------

	АНТИСЕПТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА	69
--	---------------------------------	-----------

	XXI ВЕК: НОВАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ. СИТУАЦИЯ X: ЭПИЗОД 5	71
--	---	-----------

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

	ВОЗМОЖНОСТИ БЮДЖЕТА И ПОТРЕБНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	77
--	--	-----------

	ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО СТАРТОВАЛО В ОНКОЛОГИИ	83
---	--	-----------

	РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОБОЛЬНЫХ СУЩЕСТВУЕТ И РАБОТАЕТ!	87
--	--	-----------

ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ

	ТЕРМОМЕТРЫ ДЛЯ ТЕЛА: ИХ МОДИФИКАЦИИ И ХАРАКТЕРИСТИКИ	92
--	---	-----------

	ПОСКОЛЬЗНУЛСЯ, УПАЛ, УШИБСЯ... СИНЯК	96
--	---	-----------

	ТРАВЯНЫЕ ФОРМУЛЫ КИТАЯ	99
--	-------------------------------	-----------

СПЕЦМЕРОПРИЯТИЯ

	СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ	101
--	---------------------------------------	------------





АПТЕЧНАЯ СЕТЬ РОССИИ. ПРИДУТ ИНЫЕ ВРЕМЕНА...

В эпоху пандемии многим вспомнилась хорошо забытая истина: аптека — одно из важнейших учреждений в жизни каждого человека. В то же время многие аптечные организации не смогли пережить сложные времена: в 2020-м учреждений, где пациенту могут оказать фармацевтическую помощь, впервые стало меньше...

Аптека спасает жизнь. А сейчас, кажется, пришло время спасти аптеку.

Одним из ответов на вызовы времени можно считать «аптечный» законопроект, одобренный десятого февраля в первом чтении. Документ вызвал бурную дискуссию и требует серьезной доработки, но целый ряд проблем в жизни аптеки и фармацевтической отрасли в целом отмечен в нем достаточно верно.

Остается ответить на вопрос: что нужно исправить, чтобы законопроект смог решить проблемы, обострившиеся в период пандемии, т.е. поддержать аптечную деятельность и фарм-отрасль в целом и сделать лекарство ближе к пациенту?

ДОСТУПНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ И ПОЛОЖЕНИЕ АПТЕКИ

Активное обсуждение «аптечных» парламентских инициатив развернулось еще два года назад — в феврале-марте 2019-го. Пакеты предложений становились предметом дискуссий, дорабатывались, уточнялись и в итоге обрели форму законопроекта, на сегодня прошедшего первое чтение (срок подготовки поправок ко

второму чтению — до 11 марта с.г. — *Прим. ред.*).

Какие же изменения вводит документ в своем нынешнем варианте — пока без учета корректировок?

Во-первых, расширяет список задач госрегулирования в обращении лекарственных средств. Первая статья Федерального закона №61-ФЗ будет дополнена такими целями, как «*обеспечение доступности лекарственных средств для населения и создание условий для формирования конкурентной среды на фармацевтическом рынке*».

Во-вторых, дополняет понятие аптечной организации и введет такие понятия, как «*аптечная сеть*» и «*услуги по продвижению лекарственных препаратов для медицинского применения*».

В-третьих, организует систему *передвижных аптечных пунктов* — что действительно необходимо для многих малонаселенных районов.

В-четвертых, определяет *максимальный размер вознаграждения по маркетинговым договорам* — 5% от цены приобретенных лекарственных препаратов.

В-пятых, законопроект предлагает *новые правила взаимодействия аптеки*

с производителем/дистрибутором. Среди них — например, запрет на возмещение расходов в связи с утратой или повреждением переданных аптечной организации лекарственных средств. А еще — предельная отсрочка платежа за полученные медикаменты. Не более девяноста дней. В этом ограничении виден серьезный риск для аптек.

В-шестых, вводит антимонопольные ограничения, основанные на объеме реализуемых аптекой лекарств и медизделий (в денежном выражении).

ПРИГЛАШЕНИЕ К ДИАЛОГУ

*«Наш законопроект вызвал серьезную критику со стороны аптечных сетей. Но критика — важная часть любого рабочего процесса. У нас уже два года действует межфракционная рабочая группа, в которой участвуют более 50 экспертов. И мы приглашаем к работе в группе представителей аптечных сетей и профессиональных организаций (ассоциаций, союзов), а также объединений пациентов, наших партнеров в Правительстве РФ — Минздрав и Минпромторг... — обращается к читателям **Андрей Исаев**, руководитель Межфракционной рабочей группы по совершенствованию законодательства в сфере лекарственного обеспечения граждан и обращения лекарственных средств Государственной Думы. — Чтобы выработать компромиссный вариант в интересах наших граждан, пациентов. Чтобы сделать для них лекарства более доступными и качественными.»*

*«В законопроекте мы попытались установить баланс интересов между производителем, аптеками и нашими гражданами — покупателями-пациентами. По итогам первого чтения мы видим, что баланса пока не нашли, — констатирует **Александр Петров**, руководитель подкомитета по обращению лекарственных средств, развитию медицинской и фармацевтической промышленности Комитета Госдумы по охране здоровья. — Есть масса критики по тексту законопроекта, но мы чувствуем, что концептуально, в целом «нащупали» верное направление... Вопрос будет детально обсужден, прежде чем мы выйдем на второе чтение.»*

Попробуем присоединиться к обсуждению и дадим слово экспертам Темы номера. И начнем с первой из проблем, на которую обратили внимание авторы законопроекта. Речь

о доступности лекарства, и в первую очередь о доступности физической.

ЗАДАЧА №1. Как организовать встречу лекарства и пациента

Первая часть решения проблемы предложена в тексте документа — речь о системе передвижных аптечных пунктов. Весной 2019-го такая идея прозвучала и на страницах нашего издания. Предложение выдвинул глава аптечной сети «Вита Плюс» из Пятигорска, а ныне учредитель и генеральный директор группы компаний с одноименным названием **Жан Гончаров**.

«Идея передвижных аптечных пунктов пришла к нам давно, и мы постоянно в различных изданиях говорили о необходимости разработки такого проекта. В июне 2019 г. наша компания даже обратилась с инициативой к губернатору Ставропольского края В.В. Владимирову, — вспоминает эксперт. — И поэтому мы очень рады, что услышан наш «глас вопиющего в пустыне». Сегодня, когда крайне остро стоит вопрос о лекарственном обеспечении малочисленных, труднодоступных и отдаленных районов нашей страны, данная законодательная инициатива — о передвижных аптечных пунктах — очень и очень своевременна...»

Как только законодательная инициатива вступит в силу, мы готовы начать пилотный проект на территории Ставропольского края.»

Поправку о передвижных аптечных пунктах считает «назревшей» и **Антон Михеев**, руководитель направления по работе с аптечными сетями и направления региональной дистрибуции Pfizer в России.

В то же время, претворяя в жизнь полезную идею, важно помнить об «организационных моментах». Проблема доступности аптеки и лекарства в малонаселенных районах связана с вопросом о рентабельности. Чтобы помочь пациенту, аптека должна, в первую очередь, выжить.

*«Люди вынуждены ездить в город, порой за десятки километров, чтобы купить элементарные лекарства, — обращает внимание **Андрей Исаев**. — В деревнях, селах, в маленьких городках, на труднодоступных территориях — словом, там, где у аптеки не будет много посетителей, велик риск нерентабельности.»*

«Передвижные аптечные пункты, насколько я поняла, в целом довольно интересная идея. Ведь такой аптечный пункт может менять свое местоположение, — комментирует ситуацию **Татьяна Ходанович**, собственник образовательного центра Pharmedu. — Но пока, к сожалению, не видела примеров реализации таких проектов... Думаю, если дать определенные льготы на создание данных пунктов в удаленных уголках, то задача имеет серьезные шансы на успех».

И еще один любопытный момент. «Передвижные аптечные пункты мы уже проходили. И мы знаем, как они работали в свое время – «автолавки» останавливались на тех местах, где и так наличествовал большой покупательский поток, — рассказывает **Татьяна Коваленко**, генеральный директор подмосковной аптечной сети «Фармакон». — Кто будет контролировать сейчас их работу? Поедут ли они в сельскую местность? Или будут фокусироваться возле уже действующих аптек и перехватывать тот трафик, который сложился? Все хорошо в теории, а на практике вспоминаются те времена, когда в Москве возле узлов метро стояли передвижные аптечные пункты и продавали лекарства».

В непосредственной близости сразу от нескольких стационарных аптек...

МЕСТО ВСТРЕЧИ — ФЕЛЬДШЕРСКО- АКУШЕРСКИЙ ПУНКТ

«Аптечные автомобили» — очень важная, но все же часть решения задачи о встрече пациента и лекарства. Когда препарат необходим срочно, важно, чтобы возможность его приобрести была ежедневной в четко определенном месте.

«Если говорить о доступности, давайте вспомним о практике работы ФАПов — еще до девяностых, в тот период, когда сегодняшний фармацевтический рынок еще не начинал складываться. Фельдшерско-акушерские пункты действительно занимались лекарственным обеспечением населения — и мы очень активно с ними работали, — вспоминает Татьяна Коваленко. — Организовано это было так: фельдшер брал по договору, по накладной, лекарственные препараты из аптеки. Аптека привозила их и контролировала, как они хранятся. Помогали

ФАПам и с оборудованием. За реализацию лекарств фельдшер получал десять процентов от их розничной стоимости. С нами работали сорок три ФАПа в Подмоскowie, в Раменском районе... Вся цепочка была выстроена и продумана. А потом все это перечеркнули: коммерческим аптекам стало запрещено этим заниматься, а у государственных, видимо, больше не было возможности». А ведь механизм лекарственного обеспечения на селе был действенным!

«Вероятно, если будет принято решение предоставить фельдшерско-акушерским пунктам возможность ведения и фармацевтической деятельности, это также поможет изменить ситуацию к лучшему, — предполагает Антон Михеев. — Важным моментом в этом направлении является частичное субсидирование работы данных пунктов (на постоянной основе) со стороны государства, поскольку их экономическая привлекательность для частного бизнеса остается под вопросом».

«В «пилотном режиме» сейчас работаем и с фельдшерско-акушерскими пунктами, чтобы в них открывались аптечные отделы и они могли реализовать определенную номенклатуру лекарственных препаратов, — рассказывает Александр Петров. — Сегодня ФАПы сотнями восстанавливаются во многих регионах. Нам нужно отладить схему их работы как учреждений первичной медицинской помощи... Чтобы человек не оставался без лечения только из-за того, что живет в маленьком поселке».

В случае с ФАПом четко видно: аптека и медицинское учреждение — взаимосвязанные элементы единой системы. Системы здравоохранения. Возможно, это направление — одно из перспективных для законопроекта, работа над которым сегодня продолжается.

ПОДДЕРЖАТЬ ЖИЗНЬ АПТЕКИ ИЗ БЮДЖЕТА

Следующий способ решить задачу о физической доступности лекарства в том, чтобы посмотреть на аптечную организацию как на важную часть системы здравоохранения.

«Мы видим, что ряд регионов начал развивать работу государственных и муниципальных аптек и аптечных пунктов, чтобы они могли

нашим льготным категориям граждан выдавать лекарственные препараты рецептурного плана. Нам нужно особенно защитить граждан пенсионного возраста, инвалидов, малоподвижных пациентов... — обращает внимание Александр Петров. — Многие регионы выделяют из своих региональных бюджетов средства на содержание таких фактически социальных аптек. Социальных потому, что они никогда не принесут финансовую прибыль. Во-первых, там мало населения; во-вторых, у людей сниженная покупательская способность. И задача одна — поддерживать жизнь таких аптек из областного бюджета. Мы очень благодарны тем регионам, которые включились в эту работу».

Конечно, положение регионов может быть абсолютно разным. Вспомните различия в доступности тех же льготных лекарств в разных уголках страны! Но самое главное — первый шаг сделан. Теперь важно помочь полезному начинанию, чтобы вслед за первым шагом был и второй, и десятый.

«Может быть, социальным аптекам нужны не льготы, а конкретное финансирование на конкретную работу. Это же работа! Выполнение фармацевтической деятельности в удаленных и труднодоступных районах, — продолжает соавтор законопроекта. — Надо понять только, за счет какого бюджета будет происходить оплата. Ведь это выездные бригады, это расстояния, это бензин, это зарплаты. Если сказать «давайте включим в цену лекарства», это будет за счет граждан. Это неправильно».

Как раз в Еврейской АО на Дальнем Востоке мне показали подходы к развитию социальных муниципальных аптек — через открытие аптечных пунктов в небольших селах. Я поддерживаю эту идею. Конечно, это головная боль для областного бюджета, но это абсолютно правильное решение». Работа пока на старте: выделено финансирование на ремонт помещений и открытие будущих аптек.

ЛЬГОТНОЕ ЛЕКАРСТВО: СИТУАЦИЯ КРИТИЧЕСКАЯ

Первая из поправок «аптечного» законопроекта — тоже о доступности лекарственного

средства. Точнее, о том, что главный лекарственный закон №61-ФЗ должен быть направлен на ее обеспечение для населения. С этим трудно не согласиться, и особенно остро вопрос стоит в льготном сегменте.

«Даже по льготным рецептам месяцами не привозят лекарства, в т.ч. федеральным льготникам, — констатирует Александр Петров. — Сам проехал по аптекам ряда населенных пунктов на Дальнем Востоке. Спрашивал элементарные лекарства: большинства нет в ассортименте. Спросил и о «льготных» препаратах: можно ли купить у вас за деньги те наименования, что значатся в рецептах? Но ответ был одним и тем же: у нас их нет. Единственный лекарственный препарат из льготного списка нашел в аптеке за деньги. Все!

Даже за деньги нельзя приобрести...

Как можно жить, например, без инсулина?

И если один диализный пациент пришел с вопросом об эритропоэтинах — значит, это проблема не одного человека. Значит, это проблема всех пациентов».

ЗАДАЧА №2. Аптека между двух статусов

Определить положение аптеки порой не легче, чем решить уравнение с несколькими неизвестными. И именно со статусом аптечной организации связана значительная часть проблем доступа пациента к лечению. Два года назад, когда «аптечные» парламентские инициативы только начинали разрабатываться, исполнительный директор аптечной сети «Эвалар» **Светлана Кошелева** на страницах МА обратила внимание: в настоящее время четкого определения аптеки нет. С одной стороны, это розничная точка и ее может регулировать закон «О торговле». С другой стороны, работу аптеки регулирует и закон «Об обращении лекарственных средств».

Выживая по правилам рынка, аптеке порой трудно выполнять свою социальную функцию. Во многих сложных ситуациях будущее аптеки оказывается под большим вопросом, что и показала статистика 2020-го.

«Аптеки выполняют важнейшие социальные функции. А значит с точки зрения доступности для гражданина-пациента, к ним необходимо

подходить как к социальным объектам», — замечает Андрей Исаев. Депутат обращает внимание: роль аптечной организации нельзя ограничивать простым отпуском лекарств. Для пациентов необходимы и рецептурно-производственные отделы...

Дополненное в законопроекте определение аптеки пока не дает ей возможности вернуть свое место в системе здравоохранения. Может быть, при дальнейшей работе над документом важно отметить именно это основное понятие?

ДЕ-ФАКТО И ДЕ-ЮРЕ

Ряд наших экспертов отметил такую инициативу, как определение аптечной сети.

«Уже не один год и даже не одно десятилетие мы знакомы с понятием «аптечная сеть». Любой фармацевтический специалист сможет, не задумываясь, назвать минимум 5–7 аптечных сетей, их преимущества и недостатки. Поэтому появление определения «аптечная сеть» в Федеральном законе не вызывает недоумения, а наоборот, позволяет оперировать данным понятием для дальнейшего регулирования деятельности, что мы можем наблюдать при дальнейшем изучении предлагаемых изменений», — комментирует Анна Котлярова, доцент кафедры фармакологии с курсом фармации факультета ДПО Рязанского государственного медицинского университета.

«Юридическое закрепление понятия «аптечная сеть» — крайне необходимая и знаковая инициатива, — считает и Ярослав Шульга, руководитель консалтинговой компании Shulga Consulting Group. — Безусловно, что критерии включения организации в «аптечную сеть», а возможно, даже критерии исключения — крайне непростой и болезненный вопрос. Очевидно, что фиксация этого статуса в законодательном акте во многом «даст зеленый свет» для новых регуляторных инициатив. Очевидно, что далеко не все эксперты, специалисты, участники аптечного рынка будут согласны с критериями определения аптечных сетей, какими бы эти критерии ни оказались в итоге. Но в любом случае отсутствие понятия «аптечная сеть» на законодательном уровне значительно ограничивало многие и многие иные инициативы, как нужные и целесообразные, так и с совершенно обратным эффектом».

ЗАДАЧА №3. Сохранить маленькие аптеки

Несмотря на всю важность роли аптеки, аптек в пандемию стало меньше. Но это в целом в масштабах страны. Руководители аптечных организаций констатируют: многие не смогли пережить «закручивания гаек» со стороны дистрибуторов. Резкое сокращение сроков платежей в сложнейший период борьбы с вирусной угрозой — и в результате закрытие фармацевтических учреждений.

Вероятно, свою роль сыграли и форматы аптечных организаций. Как замечает Андрей Исаев: *«Только по итогам минувшего года десять крупнейших аптечных сетей владеют 36% рынка. Отметим, что год назад это было 33%.*

20 аптечных сетей — это уже половина отечественного рынка. А «первая сотня» — 63%. Год назад было на 3% меньше — «всего» 60».

Получается, что среди вынужденных закрыться было больше малых аптечных организаций. С этой точки зрения предложенные в законопроекте ограничения конкуренции вполне понятны — проблема обозначена верно. Однако приведет ли предложенная поправка — об ограничении доли аптечной сети порогом в 20% объема реализованных лекарств и медицинских изделий — к желаемым результатам?

«Могут возникнуть трудности в применении данной нормы закона в сельской местности, где всего одна открытая аптека может занимать от 30 до 100% объема реализации лекарственных средств и медицинских изделий, — обращает внимание Анна Котлярова. — Таким образом, будут районы, где вообще станет невозможно открыть новую аптеку».

Замечание более чем верное. В малом населенном пункте норма о проценте монополизации рискует навредить доступности фармацевтической помощи. В крупных же городах могут быть задействованы различные механизмы по обходу ограничений.

«Да, понятно, какие пути возможны, — комментирует Александр Петров. — Но нельзя просто смотреть, как на пять-шесть процентов в год увеличивается монополизация аптечного рынка. Мы должны защищать наших граждан! Безусловно, закон еще спорный во многих

моментах. Надо еще многое обсудить, постараться найти компромиссное решение. Очень надеемся на конструктивную работу в рабочих группах при подготовке ко второму чтению. Но и молчать мы тоже не можем. Потому что это неправильно».

Небольшие аптеки уже получили сокрушительный удар, когда был отменен ЕНВД, замечает парламентарий. Многие из них не смогли пережить эту ситуацию.

«Нам бы хотелось, чтобы аптечные сети не выдавливали с рынка маленькие аптеки, которые изначально проигрывают по возможности получения лекарственных препаратов. Ведь с маленькими аптеками никто из крупных дистрибуторов не хочет иметь дела. И в целом у них гораздо больше проблем, чем у аптечных сетей. Но нам их — единичные аптеки — надо сохранить! — призывает Александр Петров. — Нам надо сохранить и государственные аптеки. Потому что для нас аптеки — это социальное благополучие граждан, это вопрос номер один».

Первый шаг сделан — проблема оказалась в центре внимания. Теперь важен следующий — внимательно изучить все методы ее решения.

ЗАДАЧА №4. Не навредить аптечным организациям

Маленькая неточность в нормативном документе может привести к серьезным переменам в судьбе человека или предприятия. Поэтому важно обратить внимание и на те риски, которые содержит сегодняшняя, стартовая версия «аптечного» законопроекта.

«Правительство РФ дало неоднозначное заключение на ряд предлагаемых ограничений

— в частности, отметило риски вымывания из аптечного ассортимента лекарственных средств нижнего ценового сегмента, — обращает внимание Светлана Кошелева. — Также в заключении правительства отмечаются риски сокращения отсрочек по платежам со стороны аптечных организаций, и это обоснованные опасения. Особенно когда в ситуации пандемии многие аптеки столкнулись с сокращением покупательского трафика, потерей товарооборота и, как следствие, нехваткой оборотного капитала».

«Чтобы аптечные организации могли открываться, а тем более в отдаленных уголках, где спрос невелик и содержание аптек абсолютно невыгодно, — им необходимы как минимум гарантии покрытия нераспроданных запасов, — замечает Татьяна Ходанович. — По-хорошему, вопросом перехода от системы с маркетинговыми договорами нужно было заниматься в 2012–2013 гг., когда был еще рост в фармацевтическом секторе. Но насколько я помню, с этого периода лекарственный рынок только падает. В 2020 г. он показал рост по антибиотикам и противовирусным средствам (включая противокоронавирусные препараты)... И все. Остальное, увы, стремится к нулю.

Чтобы в такой ситуации появилась доступность препаратов в малых населенных пунктах, государственный регулятор должен принять на себя решение этой задачи. Государству нужно стимулировать открытие аптечных организаций».

Будущее аптеки — главная задача сегодняшнего дня.

ВАЖНО ПОЗАБОТИТЬСЯ О ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МАЛЕНЬКИХ АПТЕКАХ

Петров Александр

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



Прежде всего, мы смотрим на то, каким образом пациенты, которые нуждаются в лекарствах, отзываются о работе аптек, особенно в сложные периоды. Как например, в пандемию. И по обращениям, которые поступают от граждан, от производителей лекарственных

средств, от аптечных организаций, из отчетов федеральных ведомств виден ответ на главный вопрос: как обеспечивает государство доступность лекарственных препаратов? На самом деле это вопрос многогранный.

Ситуация, которая есть сегодня в аптеках, абсолютно точно ведет к снижению конкуренции и монополизации. По факту это навязывание аптечными сетями правил игры и постоянное повышение цен. Естественно, это возмущает граждан.

Стали изучать ситуацию более детально и оказалось, что в правовой базе еще много пробелов. Например, **не определено, что такое аптечная сеть**. В подзаконных актах она иногда упоминается, но в законах определения нет. Было важно сформулировать его.

Конечно, сегодня наш законопроект — это первая «проба пера», первое чтение. И предложенное в нем понятие нуждается в уточнении. Мы пока **«отложили в сторону» понятие аптечных ассоциаций**, которые по своей структуре очень похожи на аптечные сети: у них общие коммерческие интересы, координация бизнес-процессов... Пока не знаем, что с этим делать. Будем наблюдать. Может быть, пока в нашем законопроекте этот вопрос не затронем, но вначале станем изучать его вместе с пациентскими организациями и, естественно, с представителями аптек и аптечных сетей.

Нам бы хотелось, чтобы аптечные сети не вытесняли с рынка маленькие аптеки, которые изначально проигрывают по возможности получения лекарственных препаратов. Ведь с маленькими аптеками никто из крупных дистрибуторов не хочет иметь дела. И в целом у них гораздо больше проблем, чем у аптечных сетей. Но нам их — единичные аптеки — надо сохранить!

Нам надо сохранить и государственные аптеки. Потому что для нас аптеки — это социальное благополучие граждан, это вопрос номер один. Несмотря на все сегодняшние реалии, это не просто бизнес — это социально ответственный бизнес. В приоритете стоит вопрос качества жизни людей и доступность лекарственных препаратов.

Еще одно понятие, которое необходимо сформулировать, — **передвижной аптечный пункт**. От жителей труднодоступных и малонаселенных районов к нам приходит огромное количество обращений. Большинство из них — о невозможности получить и даже купить нужное лекарство. Проблема не решается.

Вопрос о пространственной стратегии, поставленный нашей рабочей группой еще в 2019 г., действительно крайне важен. Но пока не получается убедить коллег в том, что его нужно включать в нормативную базу. Потому что крайне важно доставить лекарство каждому гражданину независимо от места проживания.

Конечно, появилась масса «пилотных подходов» к вопросу о реальной доступности лекарства. Прежде всего, закон о дистанционной торговле лекарственными препаратами и инициативы насчет включения в эту работу Почты России. Если она получит оптовую лицензию, то сможет вести доставку лекарств в труднодоступные и малонаселенные районы.

Но вопрос с лекарствами — не в том, что почтальон донесет эти лекарства до адресата!

Ряд препаратов — да, возможно. Но ведь некоторые лекарственные средства требуют

специальных температурных режимов. Поэтому и вводим такое понятие (а точнее, еще один способ сделать лекарства доступнее) — «передвижной аптечный пункт». На наш взгляд, создать автомобили, оборудованные холодильниками с возможностью установить температурные режимы для хранения фармпрепаратов, задача решаемая. Я уверен, что это технически возможно.

В «пилотном режиме» сейчас работаем и с фельдшерско-акушерскими пунктами, чтобы в них открывались аптечные отделы и они могли реализовать определенную номенклатуру лекарственных препаратов. Сегодня ФАПы сотнями восстанавливаются во многих регионах. Нам нужно отладить схему их работы как учреждений первичной медицинской помощи. Для того чтобы они могли в т.ч. осуществить маршрутизацию пациентов в специализированные учреждения, городские или районные поликлиники. Чтобы человек не оставался без лечения только из-за того, что живет в маленьком поселке.

А еще мы видим, что **ряд регионов начал развивать работу государственных и муниципальных аптек и аптечных пунктов**, чтобы они могли нашим льготным категориям граждан выдавать лекарственные препараты рецептурного плана. Нам нужно особенно защитить граждан пенсионного возраста, инвалидов, малоподвижных пациентов... Даже Президент России обратил на это внимание.

Но, к сожалению, пока еще не можем завершить согласование вопроса: как будет происходить выдача лекарственных препаратов льготным категориям граждан? Надо максимально упростить процесс для гражданина и решить задачу организационно, но на это потребуется определенное финансирование. Я уверен, что депутаты Госдумы за это финансирование проголосуют.

Многие регионы выделяют и из своих региональных бюджетов средства на содержание таких фактически социальных аптек. Социальных потому, что они никогда не принесут финансовую прибыль. *Во-первых*, там мало населения; *во-вторых*, у людей сниженная покупательская способность. И задача одна — поддерживать жизнь таких аптек из областного бюджета.

Мы очень благодарны тем регионам, которые включились в эту работу. Доступность

лекарств определяется совместной работой федералов, субъектов и муниципалитетов. А сегодня в льготном лекобеспечении есть гигантская проблема: если раньше препаратов не было, то сейчас огромные запасы лекарств находятся на складах. Полностью выделено финансирование на закупку этих лекарств, и остается нерешенным вопрос в отыгрывании конкурса и доставке этих лекарств, а это управленческая задача.

Даже по льготным рецептам месяцами не привозят лекарства, в т.ч. федеральным льготникам. Сейчас нахожусь на Дальнем Востоке, проводил прием граждан: все жалобы до одной — на отсутствие лекарств. Нет инсулина, нет онкопрепаратов, нет лекарств, необходимых пациенту на диализе... Были и пациенты, которые принесли рецепты за 4 месяца! Лекарства по ним так и не получены.

Сам проехал по аптекам ряда населенных пунктов на Дальнем Востоке. Спрашивал элементарные лекарства: большинства нет в ассортименте. Спросил и о «льготных» препаратах: можно ли купить у вас за деньги те наименования, что значатся в рецептах? Но ответ был одним и тем же: у нас их нет. Один-единственный лекарственный препарат из льготного списка нашел в аптеке за деньги. Все!

Даже за деньги нельзя приобрести...

Как можно жить, например, без инсулина?

И если один диализный пациент пришел с вопросом об эритропоэтинах — значит, это проблема не одного человека. Значит, это проблема всех пациентов.

Может быть, социальным аптекам нужны не льготы, а конкретное финансирование на конкретную работу. Это же работа! Выполнение фармацевтической деятельности в удаленных и труднодоступных районах. Надо понять только, за счет какого бюджета будет происходить оплата. Ведь это выездные бригады, это расстояния, это бензин, это зарплаты. Если сказать «давайте включим в цену лекарства», это будет за счет граждан. Это неправильно.

Как раз в Еврейской АО на Дальнем Востоке мне показали подходы к развитию социальных муниципальных аптек — через открытие аптечных пунктов в небольших селах. Я поддерживаю эту идею. Конечно, это головная боль для областного бюджета, но это абсолютно правильное решение. Есть запрос от граждан — власти

нужно исполнять. И регион пошел по этому пути, выделил это финансирование.

Проект пока на старте: сейчас выделено финансирование на ремонт помещений, на открытие и лицензирование аптечных пунктов. У них только начало пути, но они правильно пошли.

Что касается острого вопроса о маркетинге: не так давно встречался с аптечными сетями. И говорил: «Пожалуйста, не «зжимайте» молодых, новых российских производителей, не выставляйте им безумных входных билетов». Ведь стоимость маркетингового соглашения, по сути, входным билетом и является. А сейчас крупные сети называют цифры в 6 миллионов, в 10 миллионов...

Очень хотелось бы, чтобы отечественный производитель имел такое же право, как иностранный. **Я предлагал аптечным сетям самим выдвинуть приемлемые варианты работы с фармпроизводителями. И ни одного предложения!**

Почему российским заводам, которые только-только встают на ноги, крупные сети предлагают отсрочку платежа до шести месяцев? В сети все эти полгода оборачиваются деньги, а как все это время будет жить производство? Почему не учитывают его интересы?

Да, маленьким аптекам продолжительная отсрочка необходима. Но так поступают крупные сети из первых строк в аптечных рейтингах. Зачем устанавливать такие сроки в условиях пандемии, когда лекарства сносят с полки, едва они успеют прийти?

Мы пытались предложить крупным сетям: договоритесь сами, внесите предложения, мы вам доверяем. Если приемлемые договоренности достигнуты, в законодательном ограничении необходимости нет. Хочется верить, что ко второму чтению действия по маркетинговым договорам будут хотя бы отчасти скоординированы...

Обсуждали мы и вопрос по монополизации: какую часть аптечного сегмента монополизировать допустимо? Вначале звучало предложение

о 25%. Сейчас решили остановиться на отметке в 20%. Нам нужна справедливая честная работа в этом сегменте. Это социальная ответственность.

Да, говорят, что это правило обойдут. Да, понятно, какие пути возможны. Но нельзя просто смотреть, как на пять-шесть процентов в год увеличивается монополизация аптечного рынка. Мы должны защищать наших граждан!

Вопрос про льготы для аптек тоже звучал на заседаниях рабочей группы. Маленькие аптеки уже получили сокрушительный удар — когда закончилось действие ЕНВД. Часть из них не пережила эту ситуацию...

Безусловно, закон еще спорный во многих моментах. Надо еще многое обсудить, постараться найти компромиссное решение. Очень надеемся на конструктивную работу в рабочих группах при подготовке ко второму чтению. Но и молчать мы тоже не можем. Потому что это неправильно.

Люди сегодня действительно обращают внимание на вопросы здоровья. А мы как власть обязаны обеспечить и конституционное право на здоровье. Мы же приняли изменения в Конституцию, мы же подчеркнули, что государство отвечает за здоровье и жизнь гражданина!

В законопроекте мы попытались установить баланс интересов между производителем, аптеками и нашими гражданами — покупателями-пациентами. По итогам первого чтения мы видим, что баланса пока не нашли. **Есть масса критики по тексту законопроекта, но мы чувствуем, что концептуально, в целом «нащупали» верное направление.**

Критика идет в основном от аптечных сетей. Часть критики — от органов исполнительной власти: сформулированы четкие и понятные рабочие вопросы, которые необходимо будет обсудить в рабочей группе. То есть задача еще не решена. Вопрос будет детально обсужден, прежде чем мы выйдем на второе чтение.

«АПТЕЧНЫЙ ВОПРОС» СТАЛ ТОЧКОЙ СТОЛКНОВЕНИЯ ИНТЕРЕСОВ

Исаев Андрей

Руководитель Межфракционной рабочей группы по совершенствованию законодательства в сфере лекарственного обеспечения граждан и обращения лекарственных средств Государственной Думы



Представляемый законопроект начал обсуждаться в рамках нашей рабочей группы еще в 2019 г. Обсуждался сложно, поскольку здесь сталкиваются экономические интересы целого ряда субъектов. Но его необходимость со всей

очевидностью проявилась в начале прошлого года.

Мы все помним чудовищный скачок цен на медицинские маски, на некоторые лекарственные препараты, который произошел в начале пандемии. Этот скачок не имел никаких реальных экономических объяснений, если не считать стремления тех, кто занимает монопольное положение на рынке (речь в данном случае не только об аптечных сетях), использовать ситуацию для своей максимальной выгоды.

Тогда мы приняли закон, который предоставил правительству на 90 дней временно вводить ограничения цен на медикаменты и медицинские изделия в условиях эпидемии или пандемии. Этот закон сыграл свою роль, но это паллиатив — временное средство, которое не решает самой глубокой проблемы.

А главная проблема — это монополизация, которую сегодня ограничить крайне сложно: недостаточно законодательных инструментов. Только по итогам минувшего года десять крупнейших аптечных сетей владеют 36% рынка. Отметим, что год назад это было 33%.

20 аптечных сетей — это уже половина отечественного рынка. А «первая сотня» — 63%. Год назад было на 3% меньше — «всего» 60. И каких-либо ограничений для владельцев аптечных сетей нет. Даже само понятие «аптечная сеть» отсутствует в законодательстве.

Хотел бы немного напомнить о том, с чего мы начинали. Один из главных вопросов: «Почему важно не только дать определение аптечной сети, но и уточнить уже действующее понятие аптечной организации?»

К сожалению, сегодня большинство аптек, по сути, играют роль магазинов готовых лекарств и медицинских изделий. Производственных аптек очень и очень мало, а они необходимы. Фармацевтический специалист с соответствующим образованием должен иметь возможность приготовить определенные лекарства с учетом индивидуальных особенностей пациента. Например, для больных сахарным диабетом сироп от кашля должен быть без сахара.

В аптеке у пациента должна быть и возможность получить первую помощь. Ничего нового в этом нет: такая практика была в советское время. Фармацевты и провизоры обладают нужными знаниями и умениями.

Что касается уже аптечной сети: с развитием лекарственного рынка закономерно, что появились такие структуры и даже общественные организации, их объединяющие. И мы внимательно рассматриваем предложения аптечных сетей по совершенствованию законодательства.

Вместе с тем сама деятельность крупных организаций такого рода никак законодательно не урегулирована, что и позволяет им монополизировать рынок. Еще раз обратите внимание на те цифры, которые привел вначале, — концентрация весьма и весьма значительна, и классическим «единичным» аптекам приходится очень непросто.

Сложившиеся монополии позволяют крупнейшим игрокам брать с фармацевтического производителя бонусы за то, чтобы новое лекарство попало на аптечные полки, а они порой составляют от 30 до 60% от оборота. Важна и проблема принуждения к проведению маркетинговых акций.

Аптечным сетям в нынешней ситуации выгодно продавать иностранные лекарства. Ведь они дороже! А сети берут процент от стоимости медикаментов. Поэтому в ценовом выражении 70% лекарственных препаратов, реализующихся в аптеках, — импортные.

Также аптечные сети стремятся располагать свои аптеки исключительно в крупных городах, в то время как в удаленных районах нет ни одной аптеки. И люди вынуждены ездить в город, порой за десятки километров, чтобы купить элементарные лекарства.

Вспоминается советский опыт: нормативы, устанавливающие расстояния между аптеками, были действительно необходимы. И помогли поднять аптечную деятельность на очень высокий уровень.

А сегодня мы имеем ситуации, когда в одном доме может быть несколько аптек или десятков аптек на одной улице, а порой можно и в одном доме увидеть 3 конкурирующие организации (!). При этом в другом районе аптек может не быть вовсе. В деревнях, селах, в маленьких городках, на труднодоступных территориях — словом, там, где у аптеки не будет много посетителей, велик риск нерентабельности. Поэтому сети в небольшие населенные пункты и не стремятся.

В «обычных» же районах никто не отменял поглощение маленьких аптек крупнейшими игроками.

Аптеки выполняют важнейшие социальные функции. А значит с точки зрения доступности для гражданина-пациента, к ним необходимо подходить как к социальным объектам и решить данный вопрос законодательно.

Что мы предлагаем?

Во-первых, ограничить долю одной аптечной сети в рамках муниципального образования или города федерального подчинения в 20%. Много это или мало?

Посмотрим на опыт западных стран. Во Франции, Испании, Дании, Финляндии, Венгрии максимальное количество аптек, которым может

владеть один человек, — четыре. В Польше — один процент от общего числа аптек, действующих на рынке. В Эстонии — тоже только четыре аптеки.

Во-вторых, урегулировать вопрос о взимании бонусов. Сегодня огромные средства, которые производители могли бы потратить на разработку новых лекарственных препаратов, на удешевление своей продукции, тратятся на то, чтобы заплатить бонусы аптечным сетям.

Мы предлагаем не отменить полностью эти бонусы, а ограничиться 5%. Также запретить брать деньги за продвижение на полочное пространство и устраивать принудительные маркетинговые акции.

В-третьих, вводится такое новое понятие, как «передвижной аптечный пункт». Он сможет достигать самых удаленных районов нашей страны и сделает лекарства более доступными для людей, что повлияет и на ценовую политику.

В-четвертых, аптечные сети должны быть ответственными, поэтому предлагаем создать реестр аптечных работников, фармацевтов и провизоров, чтобы иметь информацию о том, являются ли сотрудники и владельцы аптечной организации людьми с необходимым специальным образованием, готовы ли они на практике оказывать помощь гражданам.

Наш законопроект вызвал серьезную критику со стороны аптечных сетей. Но критика — важная часть любого рабочего процесса. У нас уже два года действует межфракционная рабочая группа, в которой участвуют более 50 экспертов. И мы приглашаем к работе в группе представителей аптечных сетей и профессиональных организаций (ассоциаций, союзов), а также объединений пациентов, наших партнеров в Правительстве РФ — Минздрав и Минпромторг... Чтобы выработать компромиссный вариант в интересах наших граждан, пациентов. Чтобы сделать для них лекарства более доступными и качественными.

ДО «ЭПОХИ ДЕВЯНОСТЫХ» С НАМИ РАБОТАЛИ 43 ФАПов

Коваленко Татьяна

Генеральный директор аптечной сети «Фармакон» (Раменский р-н Московской обл.)



Если законопроект будет принят в том же виде, в котором прошел первое чтение, риски окажутся серьезными. Фармотрасль и так уже зарегулирована до крайности, а текст документа заставляет предполагать, что при его введении в практику вся ответственность

будет возложена не на регулятора, а на тех, кто работает с лекарством.

Какие могут быть корректировки?

Во-первых, давно пора подумать *о страховом лекарственном обеспечении*, чтобы лекарственная помощь стала доступнее для пациента. Ведь не секрет, насколько важен сейчас денежный фактор.

Что касается физической доступности: в крупных городах и поселках этот вопрос давно решен. В сельских районах задача стоит остро — это верно. Но предложенные ограничения для аптечных сетей навряд ли смогут изменить ситуацию.

Во-вторых, передвижные аптечные пункты мы уже проходили. И мы знаем, как они работали в свое время — «автолавки» останавливались на тех местах, где и так наличествовал большой покупательский поток. Кто будет контролировать сейчас их работу? Поедут ли они в сельскую местность? Или будут фокусироваться возле уже действующих аптек и перехватывать тот трафик, который сложился?

Все хорошо в теории, а на практике вспоминаются те времена, когда в Москве возле узлов метро стояли передвижные аптечные пункты и продавали лекарства.

Зачем они там нужны?

Абсолютно не нужны — рядом с метро и так работает несколько аптек. Боюсь, что в ближайшее время получится то же самое. Кто поедет в малые населенные пункты собирать копейки?

В-третьих, если говорить о доступности, *давайте вспомним о практике работы ФАПов* — еще до девяностых, в тот период, когда сегодняшний фармацевтический рынок еще не начинал складываться. Фельдшерско-акушерские пункты действительно занимались лекарственным обеспечением населения и мы очень активно с ними работали.

Организовано это было так: фельдшер брал по договору, по накладной, лекарственные препараты из аптеки. Аптека привозила их и контролировала, как они хранятся. Помогали ФАПам и с оборудованием. За реализацию лекарств фельдшер получал десять процентов от их розничной стоимости (в тот период сегодняшнего разброса цен не было — по сути, они были одинаковы).

С нами работали 43 ФАПов в Подмосковье, в Раменском районе. Мы обеспечивали их лекарствами. А сельский фельдшер, зная своих пациентов многие годы, понимал, какие препараты им нужны. И брал в аптеке именно то, что было необходимо больным в его сельском населенном пункте.

«Аптечная» часть ФАПов была признана законодательно — она относилась к аптечным пунктам второй категории.

Что касается материальной стороны вопроса, то выигрывали все. Фельдшер получал дополнительные деньги к своей зарплате, аптека же как хозрасчетное учреждение также была заинтересована в увеличении оборота фармацевтической продукции.

Вся система была под контролем аптечной организации, препараты которой отпускали фельдшерско-акушерские пункты. Вся цепочка была выстроена и продумана. А потом все это перечеркнули: коммерческим аптекам стало запрещено этим заниматься, а у государственных, видимо, больше не было возможности.

Зачем разрушили весь механизм лекарственного обеспечения на селе?

Он был действенным — и он был оправдан...

В-четвертых, предложенное снижение вознаграждения по маркетинговым соглашениям до 5%. Мне кажется, это в первую очередь ударит как раз по отечественному производителю.

Брендовые препараты, которые в обращении уже давно, и так имеют свое имя. Они востребованы. А вот продвигать новые лекарства по линии импортозамещения за такой размер бонусов невыгодно будет совершенно.

Понимаю, что не все пользовались этими маркетинговыми договорами. Единичные аптеки и маленькие сети, может быть, имели прибыль только от прямой реализации препаратов. Но сейчас малый аптечный бизнес вынужден объединяться в маркетинговые ассоциации. Именно для того, чтобы иметь эту так называемую бэк-маржу. Чтобы как-то выжить.

Аптеку (как и в целом небольшие предприятия) лишили льготных налоговых режимов. Многие перешли на общую систему налогообложения, и альтернатив не было. А оплата НДС очень больно ударяет по экономике малых аптечных сетей: и если нет бэк-маржи, то вообще уходишь в минус по своей хозяйственной деятельности.

Сейчас стремительно поднимается стоимость аренды и всех тех услуг, которые нужны аптеке. В этой ситуации нужно пытаться увеличить свои доходы или уменьшить расходы. А расходы аптечной организации сейчас увеличились настолько...

Каким образом аптеке снижать их?

Правильный ответ — никак! Речь идет обо всем том, без чего фармдеятельность попросту невозможна.

Требования же к работе аптек очень и очень высоки. Отрасль зарегулирована, мы подвержены огромному количеству проверок. Слава богу, Росздравнадзор участвует в открытых вебинарах, рассказывает о результатах проверочных мероприятий, объясняет, как правильно разрешать сложные ситуации. И мы ему очень благодарны. Здесь сложились партнерские отношения между регулятором и бизнесом.

Что, к сожалению, встречается не всегда. В ходе обсуждения нынешнего «аптечного» законопроекта можно было услышать и такие слова, как «аптечная мафия»... И в то же время вот-вот ожидается разрешение на дистанционный отпуск рецептурных препаратов. Скорее всего, рецептурными лекарствами смогут заниматься и маркетплейсы. Их лобби очень сильное. Зачем же тогда, если работу аптеки нужно строго регулировать, привилегированный доступ к ней дают непрофессионалам?

Тем, кто не занимался фармацией и не понимает специфику работы с лекарствами, но вдруг увидел возможность «откусить кусок пирога».

МЫ ГОТОВЫ НАЧАТЬ ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ С ПЕРЕДВИЖНЫМИ АПТЕКАМИ

Гончаров Жан

Учредитель и генеральный директор группы компаний «Вита Плюс» (Пятигорск), к.фарм.н.



Идея передвижных аптечных пунктов пришла к нам давно и мы постоянно в различных изданиях говорили о необходимости разработки такого проекта. В июне 2019-го наша компания даже обратилась с инициативой к губернатору Ставропольского края

В.В. Владимирову, и поэтому мы очень рады, что услышан наш «глас вопиющего в пустыне».

Сегодня, когда крайне остро стоит вопрос о лекарственном обеспечении малочисленных, труднодоступных и отдаленных районов нашей страны, данная законодательная инициатива — о передвижных аптечных пунктах — очень и очень своевременна.

Наша компания имеет 15-летний успешный фармацевтический опыт, и мы понимаем всю сложность решения поставленного вопроса. Первые проблемы, с которыми столкнутся

аптечные организации, — это кадры и логистика. Можно открыть современную аптеку, оборудованную согласно всем предписаниям Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» и иным нормам законодательства в области обращения лекарственных средств, но вопрос с привлечением специалистов решить гораздо сложнее.

Решением может стать как раз то предложение, которое мы выдвинули несколько лет назад. А именно: мы предложили оборудовать автомобиль, оснащенный геолокацией и соответствующий всем аптечным требованиям и стандартам. Посадить за руль специалиста с фармацевтическим образованием. Провизор или фармацевт, передвигаясь по малым населенным пунктам (в соответствии со строго определенным согласованным перечнем и графиком посещения), сможет обеспечить жителей всеми необходимыми лекарственными средствами.

Более того, как только законодательная инициатива вступит в силу — мы готовы начать пилотный проект на территории Ставропольского края.

В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ ВОЗМОЖНА МОНОПОЛИЯ... ИЗ ОДНОЙ АПТЕКИ

Котлярова Анна

Доцент кафедры фармакологии с курсом фармации факультета ДПО Рязанского государственного медицинского университета



Предложенные дополнительные пункты для Федерального закона от 12.04.10 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» вполне логичны и соответствуют тенденциям современного развития фармации.

Например, пункт «35.1) **передвижной**

аптечный пункт — структурное подразделение аптечной или медицинской организации, осуществляющее розничную торговлю лекарственными препаратами, перевозку и отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения вне стационарного торгового объекта в населенных пунктах, определенных органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, в соответствии с требованиями настоящего Федерального закона». Если данное понятие ввести в жизнь — начнется развитие нового направления, которое поможет увеличить доступность лекарственного обеспечения для жителей нашей страны.

Из определения мы понимаем, что передвижной аптечный пункт не может существовать как самостоятельная единица. Но тем не менее данное нововведение позволит повысить мобильность системы лекарственного обеспечения — как оказалось, столь необходимой в сельской местности (например, во время пандемии COVID-19).

Следующий, тоже весьма интересный пункт: «35.2) **аптечная сеть** — совокупность двух или более аптечных организаций (ее обособленных подразделений), входящих в одну группу лиц в соответствии с Федеральным законом «О защите конкуренции», или совокупность двух и более аптечных организаций (ее обособленных подразделений), которые используются под

единым коммерческим обозначением или иным средством индивидуализации».

Уже не один год и даже не одно десятилетие мы знакомы с понятием **«аптечная сеть»**. Любой фармацевтический специалист сможет, не задумываясь, назвать минимум 5–7 аптечных сетей, их преимущества и недостатки. Поэтому появление определения «аптечная сеть» в Федеральном законе не вызывает недоумения, а наоборот, позволяет оперировать данным понятием для дальнейшего регулирования деятельности, что мы можем наблюдать при дальнейшем изучении предлагаемых изменений.

Если кратко, то планируется ввести ограничения для развития крупных аптечных сетей. Законопроектом установлено, что если совокупный оборот сети составляет более 20% объема от всех реализованных на территории города или района лекарственных препаратов и медицинских изделий, то такой сети будет запрещено открывать новые аптеки под своим брендом на этой территории. Это приведет к сдерживанию и предотвращению монополизации рынка розничной торговли лекарственными препаратами. Крупные аптечные сети могут устанавливать свою «политику» и препятствовать развитию малого фармацевтического бизнеса в регионе, кроме того, диктовать условия производителям и поставщикам лекарственных препаратов, как российским, так и зарубежным. Чтобы не допустить монополизации рынка крупнейшими игроками, и предлагаются меры, которые указаны в законопроекте.

Сегодня поправка к закону звучит так: *«Хозяйствующий субъект, находящийся в пределах города федерального значения, городского округа или муниципального района, осуществляющий торговлю лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, доля которого превышает 20% объема всех реализованных товаров, перечень которых установлен частью 7 статьи 55 №61-ФЗ, в денежном выражении за предыдущий финансовый год, не вправе приобретать*

или арендовать в этих границах дополнительную площадь для розничной торговли лекарственными препаратами и медицинскими изделиями».

Но хочется отметить, что пути обхода этого ограничения, конечно, есть, и они уже видны невооруженным взглядом. Например, будут появляться «аптечные сети», включающие в себя сотни юридических лиц и «дочерних аптечных организаций», аффилированность между которыми доказать почти невозможно, а на деле это одна крупная сеть с единой политикой и т.д.

Кроме того, могут возникнуть трудности в применении данной нормы закона в сельской местности, где всего одна открытая аптека может занимать от 30 до 100% объема реализации лекарственных средств и медицинских изделий. Таким образом, будут районы, где вообще станет невозможно открыть новую аптеку. И как в такой ситуации быть с лекарственной доступностью для пациента (ведь на ее повышение во многом и направлен данный законопроект)?

Вероятно, на помощь придут передвижные аптечные пункты, но это я уже иронизирую.

Перейдем к следующему вопросу. Помимо всего вышеописанного, новый законопроект может дополнить ст. 55 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств». Здесь затрагивается тема фармацевтического консультирования — предложено ввести часть 1.1, согласно которой *«аптечные организации и индивидуальные предприниматели, имеющие лицензию на фармацевтическую деятельность, при розничной торговле лекарственными препаратами обязаны обеспечить доступную покупателю информацию о наличии и минимальной*

цене препаратов в рамках одного МНН или иного — в случае его отсутствия».

В обязанности фармацевтического работника входит фармацевтическое консультирование, и данная трудовая функция известна каждому аптечному работнику, как и обязательные элементы этой процесса. И то, что при консультировании будет необходимо сообщать информацию о наличии и минимальной цене препаратов в рамках одного МНН, не вызовет дополнительных трудностей в работе специалиста. Смущает лишь формулировка **«обязаны обеспечить доступную покупателю информацию».**

Как будет определяться эта доступность?

Достаточно ли будет просто назвать препарат с минимальной ценой или нет?

Данная норма выглядит самой неоднозначной, т.к. при отсутствии ясной формулировки могут возникать вольности в трактовке... и возможности злоупотребления. Ведь крайне важно — как информацию преподнести! От этого, в большинстве случаев, зависит результат.

В заключение хочется отметить, что большинство вносимых изменений уже давно назрели и требовали законодательного оформления. Но в той редакции, в которой они были представлены для первого чтения, выглядят еще не до конца проработанными. Для успешного окончания работы над проектом требуется пересмотреть некоторые формулировки и нормы, в противном случае потребуются давать разъяснения по ряду пунктов. Но в целом, на мой взгляд, законопроект удачный и прольет свет на множество актуальных проблем фармацевтической деятельности.

ЧТОБЫ СДЕЛАТЬ ФАРМПОМОЩЬ ДОСТУПНЕЕ, НУЖНО ПОДДЕРЖАТЬ АПТЕКИ

Ходанович Татьяна

Директор образовательного центра Pharmedu



Цель законопроекта, недавно принятого в первом чтении, имеет под собой довольно благостные намерения — уйти от системы, при которой производитель оплачивает стимулирование аптечных продаж. Когда западные фармацевтические компании пришли на

российский лекарственный рынок — собственно, они и «приучили» его работать по этим правилам. За счет бэк-маржи аптека могла позволить себе проведение стимулирующих акций различного толка начиная от снижения цены: подарок за покупку, обеспечение приоритетной выкладки и т.д. Очень крупные дискаунтеры могли варьировать цены — вплоть до ухода на минимальную наценку (дабы обеспечить объем реализации).

Я, безусловно, не руководитель аптечной сети. И не провизор. «Кухню» и стратегию сетей угадать не могу, но вот что кажется мне лично: в соответствии с известным высказыванием «хотели, как лучше, а получилось как всегда» произойдет прямое влияние на рост цен. Цены за этот год и так выросли просто невероятно! Говорю как покупатель-пациент, который в прошлом году приобретал противовирусное средство за одну цену, а сейчас его ценник вырос почти в три раза. В этом вопросе важен еще один факт: промаркировано лекарство или нет?

Насколько я знаю, ряд производителей поднял цену именно на немаркированные препараты. И если аптека пока не готова к маркировке, то лекарства она закупает именно по этим, завышенным ценам.

Возвращаясь к закону: если он будет принят в данном виде, то на фоне падающего экономического роста (а реализация почти всех нековидных препаратов стремится к нулю) мы увидим соответственные изменения ассортимента

в пользу дешевых лекарственных средств. Поскольку цена на западные препараты станет совсем неподъемной, как бы не случилось так, что они вообще уйдут из обращения или останутся в таком минимальном объеме, что создадут дефицит. Аптекам станет совсем невыгодно быть даже в тех негусто населенных местах, в которых они сейчас хотя бы есть. А значит мы увидим еще большее сокращение их рядов.

По данным аналитиков, мы и так увидели сокращение аптек за прошлый год, что, собственно, было впервые. Да, каждый год какие-то аптеки закрывали, но... одновременно с этим начинали работать новые. И в абсолютных цифрах уменьшения не было — был только рост. А в 2020-м произошло именно сокращение числа аптечных организаций.

Чтобы аптечные организации могли открываться, а тем более в отдаленных уголках, где спрос невелик и содержание аптек абсолютно невыгодно (как раз собственно маркетинговыми договорами закреплялось наличие препарата на полках, минимальный запас и компенсация нераспроданных остатков) — им необходимы как минимум гарантии покрытия нераспроданных запасов. Возьмет ли регулятор это на себя?

Если нет, то в итоге мы получим, к сожалению, обратный эффект. По-хорошему, вопросом перехода от системы с маркетинговыми договорами нужно было заниматься в 2012–2013 гг., когда был еще рост в фармацевтическом секторе. Но насколько я помню, с этого периода лекарственный рынок только падает. В 2020 г. он показал рост по антибиотикам и противовирусным средствам (включая противокоронавирусные препараты)... И все. Остальное, увы, стремится к нулю.

Чтобы в такой ситуации появилась доступность препаратов в малонаселенных пунктах — государственный регулятор должен принять на себя решение этой задачи. Государству нужно стимулировать открытие аптечных организаций, но возможно ли это в рамках ужесточения условий для бизнеса — в особенности малого и среднего?

Вспомним о той же отмене ЕНВД. Теперь еще усложнятся условия для индивидуальных предпринимателей. Все эти факторы рискуют привести к закрытию еще большего количества аптек.

Передвижные аптечные пункты, насколько я поняла, в целом довольно интересная идея.

Ведь такой аптечный пункт может менять свое местоположение. Но пока, к сожалению, не вида примеров реализации таких проектов... Думаю, если дать определенные льготы на создание данных пунктов в удаленных уголках, то задача имеет серьезные шансы на успех.

КАК БОРОТЬСЯ С МОНОПОЛИЗАЦИЕЙ, НЕ ИМЕЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ?

Шульга Ярослав

Руководитель консалтинговой компании Shulga Consulting Group



Первое, с чего мы начнем, — констатация того, что обсуждаемые нами парламентские инициативы по своему возможному будущему влиянию на рынок — масштабные и во многом знаковые. Сразу оговоримся, что сегодняшняя стадия законопроекта может

кардинально отличаться от итоговой, то есть той, которая в будущем воплотится в жизнь. Но уже сейчас четко вырисовываются объемы грядущих изменений.

О каждой рассматриваемой инициативе можно дискутировать часами, но хотел бы отметить отдельно юридическое закрепление термина «аптечная сеть». Годами и регулярно в парламенте и других регуляторных структурах периодически звучат планы и предложения о демонополизации рынка и «разгроме» аптечных сетей, о контроле маркетинговых соглашений, «играют» в которые именно сети, а не одиночные аптеки. Это перечисление можно продолжать и дальше. но нам важно отметить, что всевозможные «рационализаторские предложения» упираются в отсутствие юридически, законодательно определенного понятия «аптечная сеть». О какой демонополизации аптечных сетей можно говорить, не имея их определения и четких признаков?

Мы отлично понимаем, что у какой-либо группы аптек, по сути, даже скорее, по

логике являющейся сетью, вполне могут быть и несколько реальных/номинальных собственников с аффилированностью от очевидной до труднодоказуемой; у таковой группы аптек вполне может присутствовать относительно децентрализованное управление; отсутствие единого стилистического оформления и прочие критерии, значительно осложняющие определение «аптечной сети».

А маркетинговые объединения? Как пример, группа абсолютно не аффилированных аптек с абсолютно независимыми собственниками и юридическими лицами, которые реализуют даже не общую маркетинговую/ассортиментную/ценовую политику, а некоторые общие ее элементы? А иной раз — еще и «время от времени»? Как их-то определять?

В любом случае юридическое закрепление понятия «аптечная сеть» — крайне необходимая и знаковая инициатива. Безусловно, что критерии включения организации в «аптечную сеть», а возможно, даже критерии исключения — крайне непростой и болезненный вопрос. Очевидно, что фиксация этого статуса в законодательном акте во многом «даст зеленый свет» для новых регуляторных инициатив. Очевидно, что далеко не все эксперты, специалисты, участники аптечного рынка будут согласны с критериями определения аптечных сетей, какими бы эти критерии ни оказались в итоге.

Но в любом случае отсутствие понятия «аптечная сеть» на законодательном уровне значительно ограничивало многие и многие иные инициативы, как нужные и целесообразные, так и с совершенно обратным эффектом, увы.

ЕСТЬ РИСК СОКРАЩЕНИЯ ОТСРОЧЕК ДЛЯ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Кошелева Светлана

Исполнительный директор аптечной сети «Эвалар»



В настоящее время сложно давать однозначную оценку законопроекту, который возник в социально-экономических реалиях образца начала 2019 г. Тогда, два года назад, законодатель имел цель снизить степень монополизации аптечного рынка и одновременно защитить отечественного производителя.

Очевидно, что с тех пор ситуация в фармритейле существенно изменилась. *Во-первых*, на аптечный рынок вышли новые игроки, достаточно вспомнить Почту России или СберЕАПТЕКА. *Во-вторых*, в 2020 г. появились новые дистанционные каналы реализации, ведь онлайн-отпуск стал разрешен законодательно. И эти дистанционные каналы сразу же получили мощные драйверы роста. Ситуация с пандемией

и самоизоляцией заставила покупателей-пациентов обратить на них внимание. При этом офлайн — традиционный аптечный сегмент — столкнулся со снижением трафика. И, соответственно, с падением оборота.

Важно обратить внимание на то, что и Правительство РФ дало неоднозначное заключение на ряд предлагаемых ограничений — в частности, отметило риски вымывания из аптечного ассортимента лекарственных средств нижнего ценового сегмента. Также в заключении Правительства РФ отмечаются риски сокращения отсрочек по платежам со стороны аптечных организаций — и это обоснованные опасения. Особенно когда в ситуации пандемии многие аптеки столкнулись с сокращением покупательского трафика (как уже отметила выше), потерей товарооборота, и, как следствие, нехваткой оборотного капитала.

ВАЖНЫЙ МОМЕНТ — ЧАСТИЧНОЕ СУБСИДИРОВАНИЕ РАБОТЫ ФАПов

Михеев Антон

Руководитель направления по работе с аптечными сетями и направления региональной дистрибуции Pfizer в России



Предлагаемые поправки можно разделить на 3 группы с точки зрения влияния на развитие фармацевтической отрасли.

Первая часть инициатив относится к категории «назревших»: предложенные изменения фактически отражают в законе сложившийся порядок вещей — например, легализуют текущий статус участников рынка в результате случившегося эволюционного

развития. К этой группе, прежде всего, относятся поправки в отношении определения передвижных аптечных пунктов и аптечных сетей.

Вторая часть поправок относится к категории дискуссионных — они могут быть внедрены, но их суть и форма должны быть доработаны с привлечением экспертизы через создание профильного экспертного комитета, куда войдут представители как производителей и дистрибуторов, так и аптечных организаций. Это, прежде всего, требования к ограничению развития аптечных сетей в регионе и ряд других предложенных поправок к ст. 56.1 ФЗ-61 «Об обращении лекарственных средств».

Третья часть поправок оказывает негативное влияние на работу фармсектора: они напрямую вмешиваются в хозяйственную деятельность субъектов обращения и противоречат закону об ограничении конкуренции №135-ФЗ от 27.07.06. К этой категории относятся обязательства фиксированного процента оплаты услуг и фиксированной отсрочки платежа.

В настоящий момент существуют различные инструменты, помогающие производителям в продвижении препаратов на рынке и не совсем попадающие под определение маркетинговых услуг. Для нас, например, прежде всего важно повышение уровня осведомленности наших клиентов о передовых решениях, протоколах и стандартах лечения, которые приняты в мировой и отечественной практике, о клинически доказанных и признанных свойствах препаратов, которые преобразуются в выгоды в процессе лечения, что, в конечном итоге, позволяет спасти еще больше жизней.

Наша компания выстраивает свое взаимодействие с другими участниками лекарственного рынка на принципах открытости, соблюдая требования Федеральных законов «Об обращении лекарственных средств», «О рекламе», «О защите конкуренции» и ряда других законодательных актов, которые регламентируют надлежащую практику для фармацевтической промышленности.

Что касается доступности лекарственных средств, нам как компании, предоставляющей оригинальные препараты (а они являются драйверами развития инновационных стандартов

лечения, позволяют продлевать жизнь пациентов и помогают им принимать полноценное участие в жизни общества), хотелось бы, чтобы необходимая фармакотерапия становилась доступной для пациентов как можно быстрее. Достичь этого можно через гармонизацию признания результатов клинических исследований. Такие меры помогли бы существенно расширить возможности вывода в обращение наиболее инновационных лекарственных средств, которые используются в мировой практике.

Проблема доступности лекарств — это и простой, и сложный вопрос одновременно. Сегодня с технологической и логистической точки зрения у участников фармрынка есть все возможности для эффективного лекарственного обеспечения по всей стране. Сейчас, в отличие от периода конца прошлого века, существует разветвленная сеть филиалов и представительств дистрибуторов, более 63 тыс. аптек и аптечных пунктов. Возможно, широкое внедрение передвижных аптечных пунктов позволит решить ситуацию с доступностью лекарств в отдаленных населенных пунктах окончательно. Кроме того, вероятно, если будет принято решение предоставить фельдшерско-акушерским пунктам возможность ведения и фармацевтической деятельности, это также поможет изменить ситуацию к лучшему. Важным моментом в этом направлении является частичное субсидирование работы данных пунктов (на постоянной основе) со стороны государства, поскольку их экономическая привлекательность для частного бизнеса остается под вопросом.



ОТРАДНОЕ: В ПАНДЕМИЮ ХОРОШО, КОГДА АПТЕКА РЯДОМ С ДОМОМ

Продолжим исследование мнений посетителей аптечных организаций района **Отрадное**. Пройдем по территории, расположенной к северу от ул. Декабристов (нечетная сторона), разрезающей район на две части. Здесь располагается северный выход из ст. м. «Отрадное». Главными транспортными артериями являются также Северный бульв., ул. Бестужевых, Пестеля, Римского-Корсакова, Мусоргского и Юрловский пр-д.

Исследованы 23 аптечных предприятий:

АС «ГорЗдрав» ООО «Аптека-А.В.Е.»: АП №169 (ул. Декабристов, д. 21), АП №1461 (Юрловский пр-д., д. 13), АП №1201 (Северный бульв., д. 15), АП №2241 (ул. Римского-Корсакова, д. 11, корп. 7);

АС «Будь здоров!»: ООО «Аптечная сеть 03» — АП №1216 (ул. Римского-Корсакова, д. 20), АП №1267 (ул. Бестужевых, д. 11а); ООО «Ригла» — аптека №134 (ул. Декабристов, д. 21);

АС «Аптека «Столички»»: АП №459 ООО «Неофарм» (ул. Римского-Корсакова, д. 12) и АП №767 ООО «Сеть социальных аптек Столички» (ул. Бестужевых, д. 2г);

АС ООО «Бестфарм»: АП (ул. Бестужевых, д. 14а), АП (Алтуфьевское ш., д. 40г);

аптека АСНА ООО «Синат» (Северный бульв., д. 10), аптека ООО «Когут-фарм» (ул. Римского-Корсакова, д. 18), аптека ООО «Соцфарм» (ул. Декабристов, д. 15б);

АП №3/18 АО «Столичные аптеки» (ул. Мусоргского, д. 9), АП №86 ООО «Неофарм» (Высоковольный пр-д., д. 1, корп. 2), АП №16 АС «Ваша №1» ООО «Аптека Риелти» (ул. Декабристов, д. 15б), АП АС «Мелодия здоровья» ООО «МЗ 13» (Северный бульв., д. 2), АП ООО «Лаура-фарм» (ул. Мусоргского, д. 5, корп. 1), АП ООО «Феникс Групп» (Юрловский пр-д., д. 5), АП ООО «Поло Групп» (ул. Пестеля, д. 8), АП ООО «Фармоза» (ул. Пестеля, д. 6), АП АС «еАптека» ООО «Новофарма» (ул. Римского-Корсакова, д. 11, корп. 6).

В исследовании приняли участие 180 человек, из них 65% — это местные жители. Возрастные категории разделились так: представители группы от 55 и старше — 45%, среднего возраста — 45%, молодежи до 27 лет — 10%.

ФАКТОР УСПЕХА аптечных предприятий

МЕСТОРАСПОЛОЖЕНИЕ

Важно для 53 человек.

Аптеки и аптечные пункты размещены в основном около метро, возле/или внутри универсамов и ТЦ, на первых этажах жилых домов. На Северном бульваре работают 3 аптечных предприятия, 5 — на ул. Римского-Корсакова, 4 — на ул. Декабристов, 3 — на ул. Бестужевых, 2 — на ул. Мусоргского, 2 — на ул. Пестеля, 2 — на Юрловском пр-де.

Наиболее посещаемые аптеки — те, которые расположены в шаговой доступности от ст. м. «Отрадное», — «Ваша №1», ООО «Соцфарм» (обе — в ТЦ «МАЛ»), а также АП АС «Мелодия здоровья», аптека №134 АС «Будь здоров!» и АП №169 АС «ГорЗдрав». Здесь большинство посетителей являются гостями района. Местные жители посещают преимущественно аптечные предприятия, находящиеся на первых этажах: АСНА, «Поло Групп», «Фармоза», «Феникс Групп», «Неофарм», «ГорЗдрав», «Аптека «Столички» и др. Таких, по результатам опроса, подавляющее большинство.

АП «еАптека» ООО «Новофарма» расположена на 1-м этаже новостройки рядом с универсамом «ВкусВилл».

АП №3/18 АС «Столичные аптеки» занимает помещение справа от входа в универсам «Пятерочка». АП №2241 АС «ГорЗдрав» соседствует с универсамом «Пятерочка», а АП №1461 приоткрылся в самом конце торгового зала другого предприятия сети «Пятерочка». Больше всего

повезло АП №169 — он расположился буквально в 50 м от третьего выхода из ст. метро.

АП ООО «Бестфарм» выбрал себе место справа от входа в универсам «Ярче!» на ул. Бестужевых.

Аптека ООО «Когут-фарм» находится в пристройке к жилому дому, рядом с универсамом «Перекресток», а АП ООО «Бестфарм» на Алтуфьевском ш. — на 1-м этаже жилого дома за универсамом «Перекресток» (вход — с торца здания, со двора); АП №1216 АС «Будь здоров!» — при входе в универсам «Перекресток».

Аптека АСНА ООО «Синат» расположена на цокольном этаже здания с универсамом Billa. АП №86 АС «Нео-фарм» работает рядом с универсамом «Дикси».

Небольшой АП ООО «Лаура-фарм» расположился при входе в стоматологическую клинику «Нора-Дент», но каких-то определенных бонусов от этого соседства нет.

АССОРТИМЕНТ

Важен для 34 человек.

Явными лидерами по ассортименту являются аптеки сетей «Аптека «Столички», «ГорЗдрав», «Ваша №1», «Будь здоров!». Именно здесь самый большой выбор лекарственных препаратов и товаров для здоровья. Хотя в АС «ГорЗдрав» почему-то отсутствует востребованный многими крем «Эплан».

Другие аптечные предприятия также предоставляют покупателю хороший выбор лекарств. Даже небольшие по площади аптечные пункты стремятся разнообразить выбор препаратов и по цене, и по производителю: на одно МНН — несколько торговых наименований. Общая проблема — это снижение доли недорогих отечественных препаратов, несмотря на то, что спрос на них всегда существует.

Филипп, студент, 20 лет: *«Я давно мучаюсь с заложенностью носа. Знаю, что это вредно, но вынужден постоянно носить с собой капли. В силу финансовых возможностей стараюсь покупать что-то дешевое — например, нафтизин или ксилен. В них используется то же вещество, что и в дорогих назальных спреях. К сожалению, купить капли по цене до 50 руб. в последнее время стало практически невозможно. Витрины забиты препаратами стоимостью от 150 руб. и выше, а этого я позволить себе, увы, не могу».*

Все аптечные учреждения района предлагают широкий выбор средств индивидуальной защиты и антисептиков. Пандемия хотя и пошла на спад, но маски еще никто не отменял. И фармацевты, и посетители аптек проявляют сознательность и не пренебрегают установленными правилами защиты и социального дистанцирования.

Во многих аптечных сетях, например, в аптеках «ГорЗдрава», «Аптека «Столички», «еАптека» и других, в продаже есть экспресс-тесты на антигена к коронавирусу.

ЦЕНА

Важна для 28 человек.

В северной части Отрадного разброс цен на лекарства больше, чем к югу от улицы Декабристов. Причем наибольший уровень цен зафиксирован именно в несетевых аптеках, для которых ценовые преимущества, по идее, должны были бы помогать в конкурентной борьбе с сетями. Но... «Лаура-фарм», «ПолоГрупп», «Фармоза», «Синат», «Феникс Групп» и АО «Столичные аптеки», скорее всего, вынуждены повышать цену. Но они привлекают покупателей удобством месторасположения, хорошим ассортиментом и качеством обслуживания — именно это предопределяет выбор респондентов.

Также как и в южной части района, в северной хорошо представлены сети, предлагающие отличный ассортимент по разумным ценам, — «ГорЗдрав», «Аптека «Столички», «Будь здоров!». Успешно конкурируют с ними «Ваша №1» и ООО «Соцфарм».

Еще одно наблюдение — спрос на оригинальные препараты в аптеках остается стабильно высоким — вера в их качество и эффективность большая. Но много и тех, кто ищет им замену в виде менее дорогих отечественных аналогов или дженериков. Особенно это касается препаратов курсового приема, а также антибиотиков, противовирусных, болеутоляющих лекарств.

Анна, 42 года: *«Врач прописал мне дорогой импортный препарат. Подозреваю, что не случайно. Может быть, иностранные лекарства чище или действует более эффективно, но я не могу позволить себе такую дорогостоящую покупку. Поэтому всегда ищу недорогую замену по действующему веществу — сама либо вместе с фармацевтом. И удается сэкономить в разы».*

Многие респонденты признаются, что, прежде чем идти в аптеку за лекарством, прибегают к помощи специализированных информационных сайтов для сравнения цен. И всякий раз убеждаются, что дешевле тех же «Столичек» найти аптеку трудно. Более того, при заказе

препаратов в интернете цена, чаще всего, оказывается существенно ниже той, которая установлена в розничной точке продаж. Клиенты, оформившие онлайн-заказ, имеют право на его получение в аптеке без очереди.

Табл. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЦЕНА НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Аптечное предприятие	Цена на лекарственный препарат, руб.		
	Амиксин, табл. 60 мг, №10 («Фармстандарт-Лексредства», Россия)	Магне В6, табл., №60 (Sanofi Winthrop industrie, Франция)	Эплан, 30 г, крем («Оберон», Россия)
Аптека АС «Соцфарм»	650-00	528-00	220-00
АП №2241 АС «ГорЗдрав»	646-00	528-00	—
АП №767 АС «Аптека «Столички»	632-50	544-00	203-00
АП №1267 АС «Будь здоров!»	660-00	558-00	285-00
АП №16 «Ваша №1»	670-00	546-00	212-00
АП №459 «Аптека «Столички»	687-00	545-00	219-00
АП АС «Мелодия здоровья»	692-00	599-00	246-00
АП ООО «Бестфарм»	612-00	696-00	289-00
Аптека ООО «Когут-фарм»	634-00	—	220-00
АП №86 АС «Нео-фарм»	655-00	648-00	272-00
Аптека №134 АС «Будь здоров!»	678-00	595-00	304-00
АП «еАптека» ООО «Новофарма»	685-00	—	219-00
АП №1201 АС «ГорЗдрав»	698-00	528-00	—
Аптека АСНА ООО «Синат»	666-00	639-00	294-00
АП ООО «Феникс Групп»	662-00	728-00	279-00
АП №3/18 АО «Столичные аптеки»	660-00	680-00	290-00
АП ООО «Лаура-фарм»	723-10	—	283-80
АП ООО «ПолоГрупп»	731-00	—	—
АП ООО «Фармоза»	1000-00	880-00	290-00

СКИДКИ

Важны для 15 человек.

В данной части района Отрадное вопрос предоставления скидок является совершенно не актуальным для подавляющего числа опрошенных. И это несмотря на то, что почти во всех аптеках так или иначе действуют дисконтные программы, как для владельцев СКМ, так и обладателей карт лояльности. В большинстве аптек владельцы «Социальной карты москвича» могут реализовать свое право на скидку в размере 1–5%. Лишь в аптеке эконом-класса сети «Соцфарм» скидок по СКМ не предоставляют.

Необходимо упомянуть и о специальных акциях, и о скидках на некоторые виды продукции, которые проводятся в зимние месяцы в различных аптеках района. Например, в сети «ГорЗдрав» 17 февраля предоставляли скидку на весь ассортимент в размере 15% (с картой сети), а без карты — 10%. В аптеках сети «Бестфарм» каждый месяц 10-го числа предоставляют 10%-ную скидку всем посетителям. В сети аптек «Аптека «Столички» с 10 по 23 февраля можно было приобрести косметику, БАД и витамины со скидкой 23%.

Будет несправедливо, если к 8 Марта скидка будет только 8%. В аптеках сети «Будь здоров!», помимо скидок по СКМ, начисляют бонусы по программе «Спасибо от Сбербанка».

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ РАБОТНИКОВ АПТЕКИ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

Важны для 20 человек.

Несмотря на всеобщую компьютеризацию, роль фармацевта как консультанта по всем аспектам применения лекарственных средств не уменьшается. Пациенты часто обращаются с просьбой подобрать недорогой отечественный аналог оригинальному препарату или дженерик. Но палка о двух концах. Порой беседы о лекарствах у окна первостольника затягиваются, и люди, стоящие в очереди, начинают выражать свое вполне объяснимое неудовольствие. На помощь приходят инфоматы, где посетители могут самостоятельно узнать наличие и цены на препараты. Такие приборы установлены в аптеках «Аптека «Столички» и «Нео-фарм».

Бесплатно измерить давление можно в четырех аптеках — «Будь здоров!» №134 и №1216, аптеках АСНА ООО «Синат» и аптеке

ООО «Соцфарм». Кроме того, в аптеке №134 «Будь здоров!» работает отдел оптики.

Предварительный заказ препаратов, в т.ч. редких, можно оформить практически во всех аптеках района. Эту услугу уже и дополнительной трудно назвать — настолько она вошла в повседневный быт аптечной розницы.

Что касается профессионализма и культуры поведения фармацевтов, то ни в одной аптеке не довелось услышать жалоб на первостольников. Везде все корректно, терпимо, профессионально и предельно вежливо. «Ложкой дегтя в бочке меда» стал АП ООО «Лаура-фарм», где фармацевт вела себя грубо, довольно резко отвечая клиентам.

Еще одной очень популярной услугой является возможность дистанционного бронирования товаров из аптечного ассортимента, в основном через интернет-аптеку или сайты-агрегаторы. Несмотря на противоречивые мнения, имеющиеся на этот счет, тех, кто активно пользуется возможностями интернета для заказа лекарств, становится все больше. Разработка и поддержка собственного сайта — дело весьма затратное, оно пока посильно только крупным аптечным сетям: «Аптека «Столички», «Нео-фарм», «ГорЗдрав», «Ваша №1», «Будь здоров!» и др.

Михаил, 33 года, менеджер: *«Я самостоятельно оформляю заказ на сайте аптека.ру, а забираю в «Мелодии здоровья» по пути домой у ст. метро «Отрадное». Мне очень удобно, не надо искать и стоять в очередях».*

Другие аптечные предприятия дают данные об ассортименте на сайтах поиска ЛП, там же можно сделать бронирование.

Наиболее популярные сайты-агрегаторы, которые упоминались респондентами, кроме упомянутого, — aptekamos.ru и 366.ru Большинство участвовавших в опросе ответили, что пользуются этими сайтами для поиска и сравнения цен, если есть возможность, то бронируют, а приобретать все же предпочитают непосредственно в аптеке рядом с домом или местом работы.

ИНТЕРЬЕР

Важен для 12 человек.

С сожалением отмечаем, что есть еще аптечные предприятия, которые не уделяют должного внимания оборудованию безопасных входов. Зачастую ступеньки при входе и полы в торговом зале выложены обычной кафельной плиткой, а

ходить по ней в зимний период очень опасно и скользко. А в аптеку АСНА на Северном бульв. молодым мамам с колясками или тем более инвалидам попасть просто невозможно — для них спуск по скользкой лестнице на цокольный этаж — «невыполнимая миссия».

Пандусы собственники аптек стали устанавливать. Однако зачастую те подходят в основном для детских колясок или хозяйственных сумок-тележек, но не для людей с ограниченными двигательными возможностями. Где-то заботливые заведующие устанавливают кнопки вызова сотрудника аптеки, как это сделано, например, в аптеке №134 АС «Будь здоров!».

Самые хорошие отзывы по оформлению торгового зала получили предприятия сетей «Ваша №1», «Аптека «Столички» и «Нео-фарм». Людям нравится планировка торгового зала, ненавязчивый дизайн, наличие инфоматов и электронной очереди.

Другие аптеки в своем виде отстали совсем немного. Покупателей радует чистота в торговом зале, отсутствие рекламных листовок, разбросанных по полу, порядок на витринах и стеллажах. Единственный минус большинства — небольшая торговая площадь. Вот здесь и играет большую роль профессионализм сотрудников, которые должны работать настолько четко и слаженно, чтобы не допускать очередей в тесном помещении. Сейчас это особенно актуально.

Алексей, 35 лет, водитель (у АП «Бестфарм»): *«Это лучшая аптека, на мой взгляд. Люблю ходить именно сюда. Знаю фармацевта, очень отзывчивый и толковый специалист. Помещение, конечно, маленькое и часто образуются очереди. Но в остальном все отлично! А еще мне нравится, что здесь пытаются создать домашнюю атмосферу — комнатные цветы в аптеке сейчас почти нигде не встретишь...»*

ГРАФИК РАБОТЫ

Важен для 17 человек.

В северной части района Отрадное круглосуточно (с ночным дежурантом) работает лишь АП ООО «Феникс Групп», но он расположен совсем не в проходном месте, — на самой окраине. Многие пользуются услугами круглосуточно работающих аптечных предприятий, о которых мы говорили в первой части исследования. Чаще всего упоминали аптеку «Солнышко» на ул. Декабристов, д. 10, корп. 2 недалеко от ст. метро «Отрадное».

Остальные в основном работают с расширенным рабочим графиком по 12 часов.

Карина, 28 лет: *«У меня рабочий день до 23 час. Не всегда удается зайти в аптеку по пути с работы, а когда приезжаю в Отрадное, уже все закрыто. Выручает «Солнышко». Но я живу совсем в другой стороне, и мне приходится делать крюк в сторону аптеки, теряю на этом минут 30. Жаль, что около моего дома нет ничего работающего круглосуточно».*

РЕЙТИНГ ФАКТОРОВ УСПЕХА

Место	Фактор успеха	Кол-во набранных голосов
1.	Месторасположение	53
2.	Ассортимент	34
3.	Цена	28
4.	Профессионализм, доброжелательность работников аптеки, дополнительные услуги	20
5.	График работы	17
6.	Скидки	15
7.	Интерьер	12

РЕЙТИНГ ПОПУЛЯРНОСТИ аптечных предприятий

АП ООО «Лаура-фарм» 1

Небольшой аптечный киоск расположен при входе в стоматологическую клинику «Нора-Дент», но каких-то бонусов такое соседство не добавляет. В ассортименте только все самое необходимое, но по ценам выше среднего по району. А вот грубость фармацевта достойна отдельной оценки. При попытке узнать цены на ряд препаратов, створка окошка отпуска была со злостью захлопнута со словами: *«Вы что пришли сравнивать цены?»* Оригинальный способ обслуживания клиента...

АП «еАптека» ООО «Новофарма» 3

Аптечный пункт расположен на 1-м этаже новостройки рядом с универсамом «ВкусВилл», рядом также имеется ремонт одежды и небольшой продуктовый магазин. Надо признать, аптечному пункту сложно конкурировать с расположенным в соседнем доме АП сети «ГорЗдрав».

АП №1267 «Будь здоров!» 4

Небольшое помещение, отпуск ведется фармацевтом через одно окно и звучащая легкая музыка — это все, чем запомнилась аптека. Каждому покупателю фармацевт активно предлагает витамины, сопутствующие товары, делая это, правда, довольно навязчиво.

АП №2241 «ГорЗдрав» 4

Аптечный пункт занимает отдельное помещение на 1-м этаже новостройки рядом с универсамом «Пятерочка». В торговом зале установлены открытые стеллажи с гигиеной и товарами медицинского назначения. Цены и ассортимент полностью соответствуют стандартам сети. Среди посетителей в основном местные жители.

Аптека ООО «Когут-фарм» 5

Аптека находится в пристройке к жилому дому, рядом с универсамом «Перекресток». Впечатление от посещения данного учреждения оставляет желать лучшего. Фармацевта в павильоне не было, а за витриной, как это обычно принято, не было никакого извещения, куда ушла и на какой срок. Аптека подходит для тех, кто

зашел за самым необходимым, тем более рядом работает конкурент в лице «Будь здоров!».

Аптека АСНА ООО «Синат» 7

Аптека расположена на цокольном этаже здания с универсамом Billa. Чтобы попасть в нее, необходимо спуститься по довольно крутой лестнице, которая не оборудована пандусом. В зимнее время на лестнице очень скользко. Рядом с аптекой работают салон красоты и хозяйственный магазин. Помещение небольшое, посетителей обслуживает один фармацевт через закрытое окно. Скидки по социальной карте и карте АСНА достигают 10%. Желающие могут бесплатно измерить давление.

АП «Феникс Групп» 8

Единственное аптечное предприятие северной части Отрадного, которое имеет круглосуточный режим работы (с ночным дежурантом). Расположено не очень удачно — на периферии района, в торце здания, где раньше располагался универсам «Пятерочка». В помещении универсама сейчас идет ремонт, поэтому людей здесь мало. Впрочем жители окрестных домов хорошо знают этот аптечный пункт и очень довольны, что в любое время могут приобрести там необходимые препараты. Даже высокие цены на них не смущают. А владельцы СКМ могут получить скидку в размере 5%.

АП №3/18 АС «Столичные аптеки» 8

Аптечный пункт занимает помещение справа от входа в универсам «Пятерочка». Для обслуживания посетителей открыты 2 кассы. Ассортимент хороший, цены тоже не вызывают раздражения. В наличии много препаратов и медицинских изделий по акционным ценам, о чем гласят установленные у входа стенды. Например, средства по уходу за лежачими больными фирмы «Пауль Хартман» продаются со скидкой 7,5% владельцам СКМ, хотя обычный размер скидки не превышает 2%.

АП ООО «Бестфарм» (Алтуфьевское ш., д. 40г) 8

Аптечный пункт расположен на 1-м этаже жилого дома, за универсамом «Перекресток» (вход — с торца здания, со двора). Единственное аптечное учреждение района, где в интерьере замечены комнатные растения. Отпуск ведется

через одно окно, в небольшом торговом зале нашлось место для отдыха: установлены кресло и пара стульев. При входе установлен ящик для сбора пожертвований на ремонт храма.

АП №86 АС «Нео-фарм» 8

Расположена на 1-м этаже жилого дома, вход со стороны Алтуфьевского шоссе и бизнес-центра, рядом с универсамом «Дикси». Помещение небольшое, но организованное с толком. Для обслуживания посетителей отведено 2 окна. В торговом зале установлен инфомат, над кассами — плазменный экран. Цены на ассортимент чуть выше, чем в дочерних «Столичках».

АП №459 «Аптеки «Столички» 8

Аптечный пункт найти нелегко, особенно если вы передвигаетесь по ул. Римского-Корсакова. Несуразный кирпичный дом утомляет взгляд, а вход в аптеку расположен со стороны двора. Впрочем, местные жители считают, что им очень повезло, что рядом работает такая аптека.

Впрочем к самому предприятию нареканий не возникло, все очень прилично — электронная очередь, инфомат, 3 окна, стулья.

АП №1216 АС «Будь здоров!» 8

Аптечный пункт расположен при входе в универсам «Перекресток». 2 кассы, закрытая выкладка. Ничего необычного. В ассортименте препараты повседневного спроса, самое необходимое всегда в наличии. Пенсионеры могут бесплатно измерить давление.

АП ООО «Бестфарм» (ул. Бестужевых, д. 14а) 8

Аптечный пункт расположен справа от входа в универсам «Ярче!». Отпуск ведет один фармацевт через закрытое окно. 10 числа каждого месяца в аптеке предоставляют скидки на весь ассортимент. За данную аптеку голосовали обеими руками респонденты из числа местного населения.

АП ООО «ПолоГрупп» 8

Аптечный пункт с отдельным входом расположен в торце жилого дома, взяв себе просторное помещение из 2 комнат. При входе выложены медицинские изделия, предметы парафармацевтики, гигиена и косметика. Лекарственные препараты отпускаются фармацевтом через закрытое окно. Цены на некоторые ЛП чуть выше

средних по району, но постоянных покупателей, которым нравится месторасположение аптеки и качество обслуживания, много.

АП АС «Мелодия здоровья» ООО «МЗ 13» 9

Небольшой аптечный пункт расположился на 1-м этаже жилого дома прямо у выхода из ст. метро. Пользуется большой популярностью не только из-за удобного месторасположения, хорошего ассортимента и невысоких цен. Многие покупатели заказывают в данную аптеку препараты через интернет-сервис. Можно здесь воспользоваться и накопительной картой «Медицина для Вас».

АП №16 «Ваша №1» 9

Аптечный пункт работает на 2-м этаже ТЦ «МАЛ», недалеко от ст. м. «Отрадное». Форма выкладки закрытая, отпуск ведется через 4 окна по электронной очереди. В торговом зале установлены стулья для отдыха пожилых посетителей. Цены и ассортимент устраивают большинство из опрошенных, среди которых не только местные, но и гости района.

АП №1461 АС «ГорЗдрав» 9

Аптечный пункт притаился в самом конце торгового зала универсама «Пятерочка». Тем, кто не знает о нем, помогают соответствующие указатели. Для отпуска предусмотрено 2 окна, но работает лишь один фармацевт. При входе установлен платежный терминал.

АП №1201 «ГорЗдрав» 9

Аптечный пункт расположен на 1-м этаже многоэтажки, на пересечении с ул. Бестужевых. Помещение торгового зала небольшое, из 2 касс работает одна за открытым прилавком. В торговом зале установлен платежный терминал. Скидка по СКМ — символический 1%, однако владельцам сетевой карты лояльности можно использовать бонусы.

АП ООО «Фармоза» 9

Аптечный пункт расположен на 1-м этаже жилого дома, вход имеет общий с различными предприятиями сферы услуг. Помещение торгового зала небольшое, отпуск осуществляется через одно окно. В ассортименте есть почти все, что нужно на каждый день и в экстренных случаях. На ряд препаратов обещают скидку до 10%.

Кроме того, посетители отмечают высокий профессионализм фармацевта.

Аптека №134 «Будь здоров!» 10

Аптека занимает помещение на 1-м этаже жилого дома рядом со ст. м. «Отрадное». В ассортименте широкий выбор лекарственных препаратов, в т.ч. по акционным ценам. Отпуск ведет один фармацевт. Желаящие могут бесплатно измерить артериальное давление. Рядом со входом — отдел оптики.

АП №169 «ГорЗдрав» 10

Аптечный пункт расположен в 50 м от третьего выхода из ст. м. «Отрадное». Большинство респондентов отмечали этот фактор как весьма удачный, да и ассортимент их устраивал полностью. На подходах к АП раздают рекламные листовки. В торговом зале при закрытом формате отпуск ведут на 3 кассах, установлены стулья для отдыха и столик, а также у входа платежный терминал.

Аптека ООО «Соцфарм» 11

Аптека, позиционирующая себя как эконом, функционирует на 2-м этаже ТЦ «МАЛ» (слева от эскалатора). Для обслуживания посетителей оборудовано 5 окон, из которых пока работают 2. В торговом зале установлен столик с тонометром для желающих бесплатно проверить давление и стойка с солнцезащитными очками.

АП №767 «Аптека «Столички» 11

Аптечный пункт занимает отдельно стоящий павильон на пересечении улиц Бестужевых и Декабристов. Место довольно проходное, поэтому в торговом зале всегда есть посетители. Отпуск ведется через 3 окна с использованием сервиса электронной очереди. Ассортимент разнообразен, цены не пугают. В торговом зале выделена специальная полка для препаратов по скидкам и акциям.

Елена САВЧЕНКО

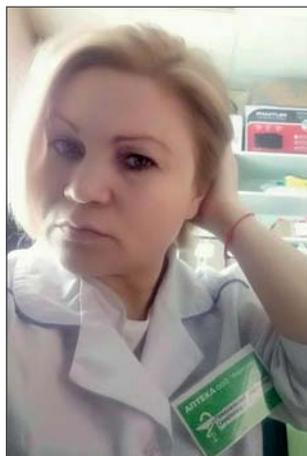


Е. Симонова: БЕЗ ЛЮБВИ К СВОЕМУ ДЕЛУ НИЧЕГО НЕ ПОЛУЧИТСЯ

Аптечный пункт на ул. Пестеля, д. 6 в районе Отрадное существует уже 18 лет, пользуясь абсолютным доверием у местного населения, и в этом немалая заслуга как чутких, внимательных сотрудников, так и опытного грамотного руководителя.

«Доктор Лиза»... Так с уважением и любовью посетители называют нашу собеседницу **Елизавету Георгиевну Симонову** — учредителя и генерального директора аптечного пункта ООО «Фармоза».

Елизавета Георгиевна, что предопределило выбор профессии?



Моя мама очень хотела видеть меня в белом халате. В те времена эта профессия называлась простым словом «фельдшер». Помню, мама сказала мне фразу, которую я запомнила на всю жизнь: *«Белый халат надеваешь от сердца. Если ты преследуешь*

финансовую выгоду, белый халат нужно снимать».

Московское медицинское училище №37 я окончила в 1995 г., а затем поступила в РУДН по специальности «фармация» — училась и параллельно работала, стояла за первым столом, изучала препараты, постигала азы общения с населением. В те годы работать было сложнее — компьютеризация еще не охватила страну, мы пользовались справочниками. Но тем не менее все гармонично дополняло друг друга: на работе приобретался опыт, а в университете — знания.

Затем работала фармацевтом, администратором в одной из сетей... набиралась опыта, А потом получила приглашение в аптеку, которая находилась в многопрофильной клинике. Я с интересом прислушивалась к мнению врачей, анализировала назначения по разным специализациям. Этот опыт оказался чрезвычайно

полезным, и по сей день я использую полученные знания в своей работе.

Перед тем как возглавить в 2015 г. аптеку «Фармоза», около трех лет работала в должности генерального директора другой аптеки.

Сначала в течение восьми месяцев я здесь работала одна — нужно было понять специфику работы и дать аптеке новую жизнь. Надеюсь, у меня это получилось. А в 2018 г. на семейном совете решили, что стану учредителем еще и аптеки ООО «Пологрупп», которая расположена рядом с нами — в доме №8.

Руководство двумя аптечными организациями, тем более в наше непростое время — это огромный труд, большая ответственность и... риски.

Да, и ко многим вопросам уже подходишь иначе. Начинается работа совершенно на другом уровне. Став руководителем, я даже изменилась внутренне, стала более сдержанной. Начинаешь понимать, что ты не просто пришел утром, принял смену и вечером ушел.

Многое мне пришлось осваивать с нуля, но, главное, все это было невероятно интересно. Работа в качестве руководителя дисциплинирует и воспитывает. Ведь сотрудники должны брать с тебя пример. Невозможно требовать того, чего ты сам не делаешь.

Я живу своей работой. Мои близкие говорят, что я трудоголик. Часто, приходя домой, уже думаю о том, что предстоит сделать завтра.

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

Я обожаю работать с молодыми, люблю их обучать. Когда я только начинала работать, у нас была заведующая аптекой Марина Николаевна, которая тоже научила меня многому. Она была очень строгой. Но если ты хочешь научиться, будешь выполнять все требования. Поэтому к молодым специалистам я отношусь скорее по-матерински и стараюсь помочь, как в свое время помогли мне.

А бывают ситуации, когда сама учусь у молодых. В нашей профессии нельзя останавливаться на достигнутом. Терапия заболеваний меняется, препараты совершенствуются, и мы не должны стоять на месте. Я рада, что у нас работают прекрасные специалисты, некоторые имеют два образования — врача и провизора.

Кто ваши постоянные посетители?

Конечно, у нас есть постоянные посетители, и я даже знаю, за какими препаратами они приходят, многих узнаю в лицо. Постоянные — это и мамочки с колясками, и представители старшего поколения, и, вообще, целые семьи, которые приходят только к нам. Часто можно услышать: *«У вас маленькая аптека, но здесь есть все, что мне нужно! Вы берете в руки мой список и быстро даете все перечисленные препараты. Собрали, объяснили, и я с чувством полного удовлетворения иду домой! Мне не нужно бегать по всему району, я могу купить все в одном месте и получить квалифицированный совет!»*

Очень трогательно, но именно в этой аптеке у меня появилась крестница с прекрасным именем Таисия. Многих мамочек я знала, когда они еще ждали малышей. А сейчас они приходят ко мне и говорят: *«Доктор Лиза, дай петушок!»* Дети знают, что у меня всегда припасено для них лакомство, а мне в свою очередь так интересно с ними общаться, ведь они растут на моих глазах!

Рядом с нами находится поликлиника, в которой принимают прекрасные специалисты — терапевты, хирурги, офтальмологи, в прошлом году даже открылось онкологическое отделение. Выбор нашей аптеки предопределяет не только наличие определенного препарата, но еще

и умение прочитать рецепты. Сами знаете, какой почерк бывает у врачей...

Здесь же рядом с нами находятся стоматология, ветеринария, и даже хозяева питомцев заходят к нам за глазами каплями, противомикробными препаратами, лекарствами для лечения органов пищеварения, капельницами.

Может ли, на Ваш взгляд, фармацевт заменить врача, хотя бы отчасти?

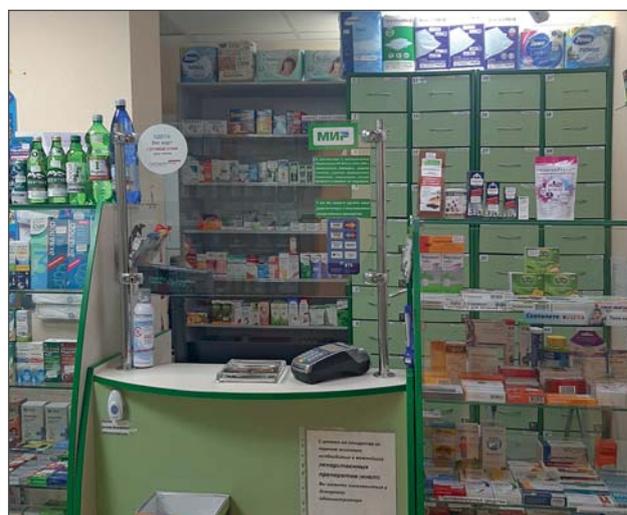
Конечно, фармацевт не может заменить врача. Но оказать первую помощь может и должен. Возникают экстренные ситуации. И я всегда молю бога о том, чтобы все закончилось хорошо. Оказываю первую помощь, вызываю скорую. И не было ни одного случая, чтобы я не поинтересовалась дальнейшей судьбой человека. Я обязательно звоню в ту больницу, куда его отвезли, и, когда слышу, что все хорошо, на душе становится легче.

А как повлияла пандемия на работу аптеки?

Первое время было очень тяжело, т.к. люди покупали все препараты без разбора, по каким-то препаратам возникала дефектура. Бывали ситуации, когда людям нужна была первая помощь и они бежали в аптеку. Мы старались помочь, но просили обязательно вызывать скорую, если будет ухудшение здоровья. Сейчас и ажиотажа нет, и в ассортименте уже есть хороший выбор с учетом возможностей и пожеланий населения.

Что пользуется наибольшим спросом?

На данный момент у нас около 3 тыс. наименований, а если чего-то нет в наличии, мы работаем под заказ. Как я уже отмечала, к нам



часто приходят с рецептами на определенные МНН. За появляющимися новинками тоже следим, анализируем спрос. Часто спрашивают жаропонижающие, противовоспалительные и обезболивающие лекарственные препараты, для лечения ЖКТ.

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

По моему мнению, 50 на 50. Если человек услышал о препарате из рекламы, он идет не к врачу, а в аптеку, и спрашивает, что это за препарат, почему его рекламируют. Стараемся быть в курсе событий.

Я поняла, что месторасположение обеих ваших аптек можно назвать удачным?

Да, это так. Пусть мы и удалены от станции метро, проходимость здесь хорошая, как я уже отмечала, рядом находятся медицинские учреждения. Правда, это накладывает и большую ответственность. Человек приходит с назначением, и мы должны правильно подобрать препараты. Люди потом возвращаются к врачу, и за все время никто не вернулся с жалобой. Значит, мы профессионально выполняем свою работу.

В нашей аптеке нет огромных очередей, но и текучки тоже нет. Эта аптека существует благодаря знаниям первостольников. Есть специалисты, которые научились работать в аптеках с большим потоком людей. В свое время я тоже так работала. Ты быстро отдаешь препараты и не задумываешься о том, что делаешь, на это просто нет времени. А здесь мы должны отвечать за каждое сказанное слово. Я считаю, что не зря наша аптека работает уже 18 лет, значит, мы находимся на своем месте!

С дистрибуторами не возникло проблем?

С дистрибуторами мы работаем на постоянной основе. Некоторые работают по предоплате, но предлагают очень хорошие цены. А другие предлагают как хорошую цену, так и отсрочку платежа. Это говорит о доверии друг другу. Например, летом клиентов меньше, платежеспособность начинает хромать, и нам всегда идут навстречу. Я давно работаю в фармрознице, и дистрибуторы знают, что всегда выполняю свои обещания.

Как Вы относитесь к проведению различных акций для привлечения покупателей?

К акциям я отношусь хорошо, но не могу сказать, что устраиваю их целенаправленно. Внутренние акции у нас проходят каждый день — я предоставляю посетителям скидки. А в сетевых аптеках все это называется словом «маркетинг». Мы не рекламируем препараты, не продвигаем товар дня, мы просто даем рекомендации, которые на самом деле необходимы посетителям, а зарплата моих сотрудников не зависит от выручки.

Наш главный плюс — консультации и скидки. Если человек берет препараты на сумму от 1000 руб., делаем скидку от 5%, если сумма еще увеличивается — от 10 до 15%. Некоторые посетители предпочитают оригинальные препараты, а кому-то нужен дженерик, и мы пытаемся удовлетворить любой спрос. Цены в нашей аптеке средние. А более бюджетный вариант или оригинал это выбор человека, пришедшего в аптеку.

Введение маркировки идет в плюс лекарственному обращению?

Плюс маркировки заключается в том, что в аптеках не будет фальсифицированных препаратов. Но когда все только начиналось, работать было тяжело. Поскольку программа еще сырая, возникают некоторые сложности. В самом начале из-за неотлаженной системы у нас падала выручка, чисто по техническим причинам не могли отпустить препарат, а люди выражали недовольство. Сейчас система упростилась, и нам стало легче. Надеюсь, все скоро окончательно наладится.



Татьяна Евгеньевна Удоенко
дежурный фармацевт

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

Положительно. Правда, у нас был опыт работы с аптека.ру, но через определенное время я поняла, что нам это сотрудничество не так уж и интересно. Люди делали заказ и очень часто не приходили за ним в аптеку. В свою очередь, если мы в течение суток не подавали рекламацию заказчику, весь товар оставался у нас. Со временем я поняла, что делаю вложения в товар, который мне не нужен. Мы подаем информацию о себе на Яндекс.

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

К доставке я отношусь положительно. Зачастую одиноким пожилым людям, мамочкам с маленькими детьми нужно срочно лекарство, а возможности выйти из дома нет. В этом случае они звонят в нашу аптеку и просят помочь. Мы собираем все, что нужно, и относим им, хотя доставки как таковой у нас нет. Мы просто стараемся помочь людям — доставка на районе бесплатна. Много таких ситуаций возникало во время пандемии.

Но если в целом говорить об организации доставки, для начала важно понять, насколько это выгодно для самой аптеки. Например, только в нашей аптеке человек нашел необходимый препарат. И я буду вынуждена поехать, например, в Красногорск, чтобы удовлетворить спрос. Даже если этот препарат будет стоить 100 руб. Плюс работа курьера. Невыгодно для аптеки. Может быть, со временем мы создадим собственный сайт или я открою одну большую аптеку с несколькими кассами, тогда серьезно подумаю над этим вопросом.

Что нужно аптеке для того, чтобы стать успешной?

Я думаю, в нашей работе важны честность и доверие. Конечно, ценовая политика тоже

играет роль. Но если анализировать работу нашей аптеки, то зачастую люди не сравнивают цену — они идут к нам. Думаю, это говорит о доверии и о том, что мы на самом деле помогаем людям.

Я не могу пройти мимо человеческой беды, поэтому сотрудничаю с центром милосердия при церкви Сергея Радонежского, куда отношу лекарства. Таким образом, я стараюсь помочь людям, которые находятся в тяжелой жизненной ситуации. Когда я приезжаю в центр, мое сердце буквально переполняется состраданием и искренним желанием помочь. Вообще в нашей профессии без сострадания и милосердия существовать просто бессмысленно.

Ваши пожелания женщинам в преддверии 8 Марта.

Этот праздник у меня всегда ассоциируется с мимозами, они наполняют мою душу счастьем и ощущением детства. Я хочу пожелать всем женщинам любить себя. Если ты себя не любишь, то начинаешь терять что-то очень важное. Пусть это покажется банальным, но хочу пожелать всем женщинам счастья. Ведь женщина не может жить без любви и внимания. И неважно, какая это любовь — материнская, сестринская, родительская, любовь супруга. Мы нуждаемся в любви...

Коллегам, среди которых большинство женщин, желаю больше адекватных и любимых посетителей, а также терпения. Счастья, удачи и успехов в бизнесе, как бы тяжело нам ни было. Если мы выбрали эту профессию, то обязаны быть людьми с большой буквы. Ведь мы каждый день берем на себя ответственность за чью-то жизнь. Поэтому внимательность в нашей работе должна быть на первом месте! И, конечно же, без любви к своему делу ничего не получится!

Елена ПИГАРЕВА



Олег Гончаров: «ДОВЕРИЕ — ЭТО КЛЮЧЕВОЙ АКТИВ ЛЮБОЙ АПТЕКИ»

«Фармацевтический» законопроект, принятый парламентом в первом чтении 10 февраля, во многом требует доработки, но он заставил задуматься о главном: а какие проблемы сегодня — самые острые для фармации?

Своей точкой зрения по этому вопросу делится Олег Гончаров, эксперт в области фармацевтического маркетинга и продаж, директор по маркетингу аптечной сети «Аптека 24».

Олег, как автор и ведущий радиопередачи о фармации Вы общаетесь с многими представителями аптечных организаций. Как считаете, что больше всего волнует сейчас аптеки?

Любого собственника аптечной сети, в первую очередь, волнует стремительное снижение доходности. Аптечный сегмент и без того не славился сумасшедшими доходами, а сейчас ситуация только ухудшается.

На заре развития аптечных сетей условием достижения приемлемого результата выступал эффект масштаба. Рынок активно кредитовали производители и, как следствие, дистрибуторы. Это давало необходимые средства для открытия новых точек. Большинство вновь открывшихся аптек за 2–3 месяца проходили точку безубыточности и начинали приносить доход, что позволяло относительно вовремя рассчитаться за товарные кредиты.

А как обстоят дела сейчас?

Сейчас все поменялось. Мало того, что срок окупаемости новых точек сильно возрос. Так увеличился и период выхода на самоокупаемость. По результатам опроса участников нашего фармацевтического Дискуссионного клуба в декабре 2020 г. для новой аптеки он составляет (в %):

- до 3 месяцев — 2,70;
- от 3 до 6 месяцев — 14,86;
- от полугода до года — 33,78;
- от года до полутора лет — 33,78;
- более полутора лет — 14,86.

Как Вы считаете, почему изменилась ситуация? Какие факторы привели к нынешним результатам?

Масла в огонь уничтожения доходности подлило и то, что пару лет назад дистрибуторы перестали активно кредитовать аптечные организации. Прошла волна резкого сокращения отсрочек. Кроме этого, большинство дистрибуторов начали требовать обеспечения товарных кредитов — либо банковскими гарантиями, либо личными поручительствами.

Как следствие, источник свободных денег сильно сократился. Поэтому многие собственники аптечных сетей начинают сильно оптимизировать имеющуюся структуру. Легче и быстрее отказываются от убыточных аптек и меньше рискуют с точки зрения открытия новых.

Что касается пандемии, то в Москве мало что поменялось: ажиотажного спроса в таком объеме, как это было в регионах, мы не наблюдали. Так что у московских собственников аптечных сетей не вскружило голову от неожиданного успеха, и они более прагматично смотрят в ближайшее будущее, не ожидая ничего хорошего.

Можно возразить, конечно, ведь аптечный бизнес попал в категорию самого защищенного от карантинных мер. Большинство аптек не закрывались (за исключением работавших в бизнес-центрах и ТЦ). Но в этот тяжелый для всех момент аптечную систему решили проверить на прочность: внедрение маркировки и рьяные инициативы по серьезному изменению уровня доходности — снижение цен на препараты перечня ЖНВЛП, сокращение доли маркетинговых бюджетов и прочие экономически глупые и популистские решения...

И еще одно важное серьезное ограничение для аптечного сегмента. Оно не установлено специальными правилами, но чувствуется все заметнее. Кадры в фармации — это рынок сотрудника, а не рынок работодателя. Те регионы нашей страны, где ситуация другая, можно пересчитать по пальцам одной руки. В большинстве случаев работодатель сталкивается с катастрофическим отсутствием квалифицированных кадров. И чем крупнее сеть, тем проблема острее.

Количество постоянно открытых вакансий колоссальное, усилия для привлечения и/или приманивания сотрудников — титанические. Как следствие, в этой непростой ситуации все заметнее позиция крупных сетевиков — «все средства хороши», и нередко мы становимся свидетелями грязных и нечестных приемов конкуренции за персонал, когда переманивают сразу весь коллектив аптеки...

Как относятся к этому сами фармспециалисты?

Хотел бы поделиться результатами еще одного нашего анкетирования. В нем участвовали более 175 представителей фармацевтического рынка, более 90% из них — аптечные работники: заведующие, провизоры, фармацевты, консультанты. А география опроса — более 50 городов в буквальном смысле, от Калининграда до Владивостока.

Вот эти вопросы и ответы.

«Есть ли в аптечном сегменте ожесточенная конкуренция за квалифицированные кадры?» — 81% «да».

«Привлекают ли другие, крупные сети сотрудников из местных аптечных организаций, говоря им о большем спектре возможностей карьерного роста?» — 71% «да».

«Предлагают ли крупные сети переходить всем коллективом?» — «да» — 46%, «нет» — 54%.

«Обещают ли другие сети высокие оклады?» — 83% «да».

А теперь внимание: ключевое слово здесь «обещают».

Зарплата обещанная и зарплата реальная — не всегда одно и то же. И, к сожалению, две трети наших собеседников узнали это на собственном опыте. Разница между обещаниями и фактами в итоге больно ударила по их бюджету. Доходы,

несмотря на все уверения, стали меньше. Меньше благодаря различным штрафам.

Помимо штрафов, с какими проблемами сталкиваются сегодня аптекари?

Последнее время замечаю грустную и пугающую статистику по количеству специалистов, имеющих горячее желание работать в аптеках. Цифры звучат разные — не менее 30–50%, но все они шокирующие... Неужели профессия фармацевта и провизора вырождается? Неужели это стало не то что бы не престижно, а банально не нужно?!

Последние 4 года путешествовал по нашей необъятной Родине и встречался с коллегами (заведующими и работниками первого стола). География путешествий позволила сформулировать 7 основных источников боли специалистов, работающих в аптеках.

— *«Нас заставляют продавать?! А ведь нас учили совсем другому...»*

— *«Нам ставят планы... по выручке, по доходности, по продажам выделенного ассортимента».*

— *«Нас заставляют продавать высокомаржинальные товары: СТМ и эксклюзивы»* (а они воспринимаются в большинстве случаев как весьма сомнительные продукты).

— *«Нами руководят территориальные управляющие — выскочки и непрофессиональные руководители».*

— *«Заведующие вырождаются как класс».* А точнее, системно уничтожаются. Что значит одна заведующая на 5 аптек?

Это не руководитель! Это просто «девочка/мальчик для битья». Такой подход противоречит не то что основным принципам менеджмента, а просто здравому смыслу.

— *«Нам «плюют в лицо» покупатели. При этом нас заставляют жить в мире, где «клиент всегда прав».*

— *«Врачей восхваляют в большей степени, чем нас. Мы же недоврачи... А система маркировки вообще превратила нас в антигероев. Ведь именно нам выпала участь говорить посетителю «этого препарата нет».*

Стоит ли продолжать? Этих пунктов уже достаточно, чтобы возненавидеть свою профессию. И фармспециалист должен терпеть такие унижения ради того, чтобы собственник аптечной сети набил свой карман?!

Хотя нет, еще один важный комментарий: *«Зарплата неоправданно низкая»*. Низкая несопоставимо с теми усилиями, которые каждый день совершает фармацевт, и с той пользой, которую он приносит пациенту. А значит и обществу.

И, мало того, эта маленькая зарплата пронизана какими-то показателями (KPI), а фиксированная часть постоянно уменьшается в пользу переменной. Как на нее влиять? Это совершенно непонятно. В результате возникает ощущение, что руководители хотят задурить нам, аптечным работникам, голову и заплатить гораздо меньше, чем мы заслуживаем.

«Все сети одинаковы, как под копирку», — вот последняя фраза отчаяния, которую я услышал. Какова в этой печальной «картине маслом» наша позиция? Наша роль, влияние и отношение...

Размышления над этим вопросом очень важны, и, к сожалению, мало кто из собственников аптечных сетей системно с этим работает.

Наши цели — часто результат наших проблем. Как Вы считаете, какие вопросы сегодня — самые острые не только для аптеки, но и для фармотрасли в целом?

Это то, что случилось не сегодня, появилось уже давно, но в эпоху пандемии сильно ускорилось. Это цифровизация и развитие онлайн-канала продаж. Это и развитие своих, «доморощенных» агрегаторов (а они далеко не всегда дружелюбны к аптекам и порой инициируют жестокую конкуренцию), и приход непрофильных интернет-ритейлеров — абсолютно не знакомых с фармацевтикой.

Поделюсь результатами еще одного опроса, проведенного нами в сентябре 2020-го (среди более чем 90 респондентов почти каждый второй — представитель аптечной сети). Почти в двух третях аптечных организаций (65%), участвовавших в нашем анкетировании, уже есть проекты из разряда e-commerce. Правда, на вопрос о рентабельности таких начинаний ответы следующие:

- рентабельность отрицательная — 43,2%;
- работаем «в ноль» — 27,0%;
- мы в «плюсе», доходность есть — 29,7%.

На вопрос об основных целях работы с «электронной коммерцией» можно было дать несколько вариантов ответа. Самым популярным стал такой — *«Это современный и неотъемлемый*

элемент сервиса», отмеченный 67,1% респондентов.

На втором месте — надежды на дополнительный канал привлечения покупателей (58,2%). И только на третьем — дополнительная доходность (40,5%).

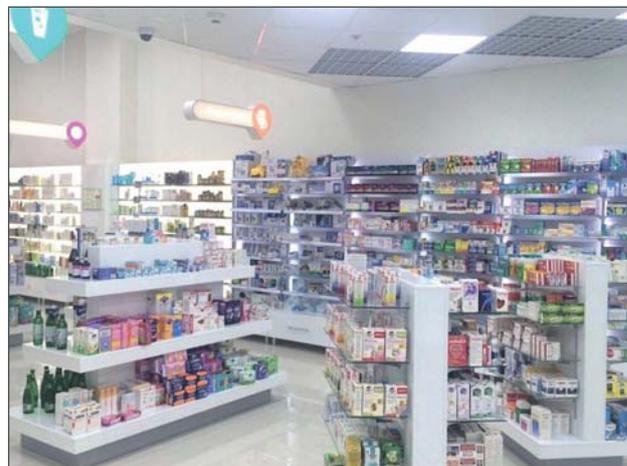
Получается, главная задача в данном случае — быть в тренде. Пусть иногда и в ущерб рентабельности, т.е. собственно выживанию аптеки.

На развитие собственных онлайн-проектов рассчитывают менее трети наших собеседников (31,2%). Остальные замечают: работать в этом направлении в одиночку невозможно — попросту не хватит собственных ресурсов. Придется с кем-то кооперироваться: либо с другими аптечными сетями или ассоциациями (23,4%), либо с агрегаторами и маркетплейсами (42,9%). Еще 2,6% отметили — выбор зависит от размера аптечной организации.

На вопрос *«Составит ли небольшая аптечная сеть конкуренцию в онлайн-канале крупным федеральным игрокам?»* 66,7% ответили, что это вряд ли возможно. *«Хватит ли ресурсов?»* — чуть меньше трети представителей фармрынка (30,8%) считают, что шансы на онлайн-конкуренцию у малых сетей все-таки есть. Но только если работа будет выстроена правильно.

«Выдержит ли малая аптечная сеть онлайн-конкуренцию с Яндексом и ему подобными интернет-гигантами?» Нет, весовые категории неравнозначны — сообщили 45,9% представителей фармрозницы. Еще 43,2% предположили, возможно и выдержит в случае кооперации с другим крупным онлайн-агрегатором, но из нашей отрасли.

В будущее настоящей аптеки все-таки верят и считают, что онлайн-продажа



лекарств займет свою долю в общем объеме реализации, но определяющей она не будет.

И все же отмечен фактор риска: большая вероятность того, что производитель будет заинтересован в «электронной коммерции» не только умозрительно, но и своими бюджетами, перераспределяя их в пользу онлайн. На такую тенденцию обратили внимание 76,3% наших респондентов.

Что можете сказать собственно об интернет-ритейлерах, т.е. об агрегаторах, к фармации не относящихся?

Изменит ли появление непрофильных агрегаторов аптечный рынок? Вопрос действительно острый и как раз ему было посвящено наше анкетирование в январе наступившего 2021 г.

Да, и очень сильно — 71%.

Неаптечные интернет-агрегаторы будут использовать для онлайн-торговли лекарствами уже существующую инфраструктуру рынка — 68%.

Маркетплейсы начнут создавать свою собственную инфраструктуру — 27%.

Но насколько этот путь реален?

Основным преимуществом интернет-ритейлеров, скорее всего, будет цена, считают в аптеках. Вторым по популярности ответом, как ни странно, выступает широта ассортимента — это тоже возможно. Во многом благодаря эффекту масштаба и доступу к товарным запасам аптек или дистрибуторов.

Какой будет доля агрегаторов в объеме реализации лекарств — как безрецептурных, так и рецептурных (при условии такого разрешения)?

В аптеках предполагают — скорее всего, от 10 до 20%. Цифра не так уж и мала.

Вспоминается старая шутка: две беды в России — дураки и дороги! Две беды в аптечном бизнесе в России: персонал и посетители, которых начинают переманивать неаптечные агрегаторы. Но я бы добавил еще позицию собственника аптечной сети. Мир меняется, и не замечать этого — очень опасная позиция, лишаящая вас будущего...

Как оцениваете сегодняшний «аптечный законопроект» Госдумы? К чему могут привести содержащиеся в нем инициативы (если будут приняты без изменений)?

На мой взгляд и на взгляд многих коллег — максимально болезненным станет ограничение суммы выплат по маркетинговым контрактам. Также аптеки опасаются лимита на отсрочку платежей дистрибутору — сегодня эта проблема стоит очень остро, и возможность паузы жизненно необходима аптеке (в особенности не-большой). Рискованным считают и ограничение размера аптечной сети в соответствии с предельным объемом реализации лекарств и изделий в городе или районе.

Есть опасения также насчет передвижных аптечных пунктов. Кто поручится, что они не составят конкуренцию обычным стационарным аптекам, и не в сельской местности, а в оживленном густонаселенном районе?

Кстати, насчет оживленных районов. В чем, на Ваш взгляд, основная специфика работы в крупных городах, таких как Москва?

Москва более прагматичная и безжалостная и... более дорогая для бизнес-моделей регионов (при кажущейся привлекательности масштабов и денежной составляющей). Мало кто пришел и остался. Таковы естественные законы Москвы.

Я с интересом и большим вниманием слежу за успехами двух исконно региональных сетей — «Планета Здоровья» (Пермь) и «Аптечные Традиции» (Курск). Каждая из них использует свою уникальную стратегию. Но все-таки, в чем они похожи?

Не понаслышке скажу: обе сети всерьез занимаются развитием сервиса в своих аптеках. Заметна система, именно система работы с сотрудниками первого стола. А еще пермская сеть очень гибко работает со многими агрегаторами, не упуская малейшей возможности управления трафиком.

Помимо маркетинговых соглашений, какие способы повысить рентабельность могут быть эффективны?

Маркетинговые контракты с производителями (особенно с Big Pharma) — самый простой путь получения дополнительного дохода.

На многие продукты производитель спрос уже создал — и аптечная сеть небольшого масштаба, ничего не меняя в своей деятельности, уже начинает зарабатывать. А ежели она начинает проявлять хоть немного активности, то получает совсем другой результат. Однако регуляторные инициативы закрывают этот источник получения доходности. Какова альтернатива?

Хочется, чтобы все просто вспомнили: аптека здорово отличается от всей остальной розницы (пусть и причислена к ней сегодня). И когда люди приходят в аптеку, они изначально хотят увидеть там профессионалов. Так будьте же ими!

Добавьте в работу вот это ожидание, эту потребность, эту вашу способность подарить пациенту красивую, грамотную, профессиональную коммуникацию, общение. Сформировать высокий уровень доверия, предложить такое решение, которое будет обладать для посетителя ценностью. Да, это определенные коммуникационные технологии, и важно их знать, потому что это делает вас сильнее. Вы получаете недюжинное признание, а признание — мощнейший фактор мотивации для всех специалистов!

Вы опять обращаетесь к собственникам аптечных организаций?

Да! Потому что это очень важно. Важно, чтобы ваши клиенты вас благодарили. А как этого можно достичь?

Просто начать работать с внутренним уважением к своей профессии, с желанием этим профессионализмом поделиться. Для этого не надо пугаться всего того, что предлагают вам внутри аптечной сети: работы с особым ассортиментом, работы по активному предложению тех или иных продуктов. Часто бывает, нам не хватает времени, воли, желания просто разобраться в том, что это нормальные продукты, которые несут в себе определенную пользу для нашего главного человека — покупателя-пациента.

Надо верить в то, что ваша аптечная сеть, ваша идея принесет результат, потому что эта вера приносит определенную силу. И пусть рядом с вами всегда будут те люди, которые поддержат вашу идею, ваш проект, которые будут обладать таким понятием, как увлеченность, — им захочется делать это, у них будет желание.

Но для этого, безусловно, любой собственник, любой руководитель, любой ключевой управленец должен достаточно вдумчиво и долго

работать над выстраиванием всей системы мотивации. Нужно разбираться в людях.

Ведь у каждого специалиста есть целый набор этих «кнопок», поэтому занимайтесь диагностикой, вовлекайте их, объясняйте им, чаще с ними разговаривайте, повышайте градус их значимости в глазах ваших покупателей. И тогда вокруг вас всегда будут друзья, коллеги и единомышленники!

А в чем сегодня состоят основные проблемы аптечного маркетинга? Что важно знать специалисту, делающему первые шаги в этой области?

К сожалению, большинство специалистов, работающих в аптечных сетях, воспринимают весь маркетинговый ассортимент как некое вселенское зло. Как то, что мешает жить и работать.

Причин ровно две. Первая — *«это надо продавать, потому что оно само не продается»*. Вторая — у нас порой не хватает информации и уверенности в том, что решение несет хоть какую-то выгоду в адрес наших покупателей-пациентов.

Поэтому, если вы задумались о развитии такого проекта внутри аптечной сети, вы должны начать действовать и вовлекать ваших сотрудников. Вы должны тратить достаточно осознанно время на то, чтобы создать у них ценность этого ассортимента. Чтобы они в нем разобрались, чтобы они были способны сформировать ценность предложения в адрес покупателя. Чтобы благодаря сформированному у специалистов пониманию возникали повторные покупки, хорошие отзывы и все большая уверенность, что этот ассортимент заслуживает внимания наших посетителей.



Если же поставить менеджерскую задачу: *«Вот вам план, идите продавайте, потому что будет хорошая мотивация»*, — вы можете даже себе излишне навредить, потому что во всем хороша мера.

Чего мы боимся в аптеках больше всего на свете? Возникновения «эффекта впаривания». Когда он появляется, разрушается доверие. А доверие — это ключевой актив любой аптеки, если она хочет работать долго.

Как можно поддержать аптеку сегодня (ведь все методы повышения рентабельности — это, по сути, способы выживания)? Какие регуляторные меры могли бы помочь?

Если бы регулятор не только говорил о социальной функции аптек, а доказывал это своими действиями и инициативами... Ведь активными популистскими действиями постоянно погружают аптеку в условия жестокого капитализма: налоги плати, зарплату плати, доходность сокращай и при этом выживай, как можешь, не забывая получать постоянные оплеухи и обвинения в свой адрес. Чего стоит последнее прозвище — «аптечная мафия»!

Грустно от всего этого.

Регулятор абсолютно не занимается системным развитием и укреплением профессии провизора и фармацевта. А ведь это может и должно стать основой, стержнем концепции ответственного самолечения.

Польза ее в следующем:

- улучшение информированности населения о правилах эффективного и безопасного применения лекарственных средств;

- улучшение качества жизни при легких недомоганиях за счет правильного применения безрецептурных лекарственных препаратов;
- выявление тяжелых заболеваний на ранней стадии (по результатам опроса покупателя-пациента фармацевтический специалист может направить его на консультацию к врачу);
- как следствие, снижение нагрузки на систему здравоохранения.

Роль же фармацевта и провизора в ответственном самолечении очень важна: именно они играют ключевую роль в применении данной концепции на практике.

Часто пациенты при возникновении проблем со здоровьем в первую очередь идут в аптеку. При этом запрос может сильно отличаться — от конкретного препарата до рекомендаций, исходя из наблюдающихся симптомов.

Сегодня же во всем этом бесконечном шуме чувствуется рука интернет-ритейлеров, которым вообще не нужна профессия провизора и фармацевта. Такси заменят на роботов — и это уже не фантастика.

Страшно, если и врача заменят на робота, и первостольника тоже. Это чудовищно выгодно бизнесу, но чудовищно бесчеловечно по отношению к собственному населению.

Хватит превращать нас в бездушные механизмы! Мы все живые люди, которым нужна не только таблетка в аптеке, но и грамотная консультация, доброе слово и абсолютная уверенность, что обсуждаемое решение поможет.

Екатерина АЛТАЙСКАЯ



ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ АПТЕКИ И СПИРТСОДЕРЖАЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

1 января 2021 г. вступил в силу ряд нормативно-правовых документов, регулирующих оборот спиртосодержащей продукции.

Лариса Гарбузова, к.фарм.н., доцент кафедры управления и экономики фармации СЗГМУ им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург), комментирует их в рамках вебинара «Новые требования к аптекам при обороте спиртосодержащих лекарственных препаратов и медизделий».



Это Федеральный закон от 22.11.95 №171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» (в последней редакции);

- постановление Правительства РФ от 31.12.20 №2466 «О введении и функционировании единой государственной автоматизированной информационной системы учета объема производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции» (ПП-2466);
- приказ Росалкогольрегулирования от 17.12.20 №396 «Об утверждении порядка и формата представления в форме электронного документа деклараций об объеме производства,

оборота и (или) использования этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции, об использовании производственных мощностей производителями пива и пивных напитков, сидра, пуаре, медовухи, форм и порядка заполнения таких деклараций».

Также регулирует сферу оборота спиртосодержащей продукции распоряжение Правительства РФ от 15.09.20 №2355-р «Об утверждении перечня спиртосодержащих медицинских изделий, на деятельность по производству, изготовлению и (или) обороту которых не распространяется действие Федерального закона «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» (всего 85 позиций, в основном наборы реагентов для лабораторных исследований) и другие документы.

Одно из важных нововведений 2020 г. — разрешение дистанционной продажи лекарственных средств. При этом ограничена продажа спиртосодержащих препаратов

с объемной долей этилового спирта свыше 25%.

- Согласно ст. 56 Федерального закона №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (ФЗ-61) аптека может изготавливать лекарственные препараты из фармсубстанции этилового спирта, используя также вспомогательные вещества, но не может изготавливать спиртосодержащие препараты из готовых лекарственных форм.

Это требование распространяется и на спирт (концентрат, который зарегистрирован в Госреестре как готовый препарат).

Изготовление лекарственного препарата аптека может осуществлять только из фармсубстанции этилового спирта. Фармсубстанции в систему МДЛП не входят и не маркируются.

Если концентрат спирта является маркированным продуктом, вывести его из оборота возможно в аптеке двумя способами: применить для медицинского использования либо продать (а также отпуск по льготному рецепту). Вывести его из оборота для изготовления ЛП нельзя.

- 29 декабря 2020 г. вступили в силу изменения, внесенные в ФЗ-61 и в ФЗ-171. Основные изменения касаются того, что теперь оптовикам запрещено осуществлять оборот фармсубстанции этилового спирта, а производителям продавать оптовикам субстанцию этилового спирта. Производственные аптеки теперь могут покупать субстанции только у производителя фармсубстанции этилового спирта. Производители при этом должны иметь лицензию на производство этилового спирта для производства фармсубстанции и на производство самой фармсубстанции.

В законодательстве сказано, что производители субстанции этилового спирта обязаны осуществлять реализацию этой субстанции аптечным организациям, ветеринарным аптечным организациям, индивидуальным предпринимателям, имеющим лицензию на фармдеятельность, медорганизациям, ветеринарным, научно-исследовательским организациям только в таре объемом не более 1 л.

К транспортировке спирта и спиртосодержащей продукции предъявляются серьезные требования (подробно они расписаны в приказе №398 Росалкогольрегулирования). Но требования не распространяются на перевозку

фармсубстанции этилового спирта в канистрах вместимостью до 1 л.

В определенных ситуациях аптека должна передавать данные в систему ЕГАИС, которая создана для учета объема производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции. Основное предназначение системы — контроль за оборотом спирта и спиртосодержащей продукции.

Аптека должна соблюдать требования по учету объема оборота фармсубстанции и спиртосодержащих ЛП и медизделий в соответствии с ФЗ-171 и ПП-2466.

Если объем оборота фармсубстанции этилового спирта в аптеке превышает 200 декалитров в год (2 тыс. л), то необходимо вести учет объема оборота с применением средств измерения и технических средств. Если объем оборота не превышает 200 декалитров в год, аптека должна предоставлять в Росалкогольрегулирование декларацию об этом объеме. Требования по учету и предоставлению декларации утверждены ПП-2466.

Для учета используются следующие показатели: объем самой фармсубстанции, объем безводного спирта в фармсубстанции и концентрация безводного спирта. Если объем до 200 декалитров в год, своих средств измерения нет и не требуются, аптека передает данные в Росалкогольрегулирование на основании автоматических средств измерения и учета от поставщика. Аптека заполняет декларацию в соответствии с требованием приказа Росалкогольрегулирования №396 (п. 11). Основные правила заполнения — декларация подается ежеквартально, только в электронном виде, подписанном усиленной электронной подписью руководителя аптечной



организации, подается в Росалкогольрегулирование.

Если в отчетном периоде у аптеки не было деятельности по обороту фармсубстанции этилового спирта и не было остатков на начало отчетного периода, декларация не подается. Возможна подача корректирующих данных. В приказе дана подробная инструкция по заполнению каждой формы декларации. Для фармсубстанции единица измерения — декалитр безводного спирта.

Если аптека не укладывается в 200 декалитров в год, необходимо оборудовать емкости для приема субстанции, иметь автоматические средства измерения учета концентрации объема безводного спирта, программно-аппаратные средства, которые позволяют сразу в автоматическом режиме отправлять в систему ЕГАИС информацию о количестве поступившей субстанции, концентрации безводного спирта. Необходимо также оборудование для учета оборота объема изготовленных спиртосодержащих ЛП.

В ПП-2466 однозначно сказано, что **обязательна достоверность учета объема закупки и использования фармсубстанции этилового спирта**. Приказы, которые утверждали нормы естественной убыли при изготовлении

лекарственных препаратов, №284 (2001 г.) и №2 (2007 г.) утратили силу 1 января 2021 г. Новые пока не приняты.

Что касается изготовления лекарственных препаратов из фармсубстанции этилового спирта, все зависит от объемов изготавливаемых спиртосодержащих ЛП. Если объем таких изготовленных препаратов не превышает 200 декалитров в год, учет в системе ЕГАИС не ведется и аптека не предоставляет декларацию, а работает так же, как и со всеми другими ЛП. Если превышает 200 декалитров в год, аптека ведет учет объема изготовленных спиртосодержащих ЛП с применением технических средств фиксации.

Ситуацию, когда субстанция этилового спирта составляет до 200 декалитров, а изготовленные спиртосодержащие ЛП свыше этого объема, рассмотрим отдельно. В таком случае подается декларация (форма №10 в соответствии с приказом Росалкогольрегулирования №396). В этой декларации указываются не только данные об объеме спиртосодержащих препаратов, которые изготовлены в аптеке, но и об объеме субстанции, которая была использована за отчетный период.

По материалам вебинара «Новые требования к аптекам при обороте спиртосодержащих ЛП и медизделий» (организатор: «Катрен Стиль»)

Анна ГОНЧАРОВА



ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ПРОХОДИМ В СРОК

О некоторых особенностях допуска фармацевтов и провизоров к профессиональной деятельности в 2021 г. рассказывает **Ирина Григорьева**, доцент кафедры фармакологии с курсом фармации факультета ДПО РязГМУ.



Недавно вступил в силу приказ Минздрава России от 08.02.21 №58н «Об особенностях допуска физических лиц к осуществлению медицинской деятельности и (или) фармацевтической деятельности без сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста и (или) по специальностям, не предусмотренным сертификатом специалиста или свидетельством об аккредитации специалиста, в 2021 году».

Документ действует до первого января 2022 г. и устанавливает для лиц с фармацевтическим образованием, прошедших повышение квалификации, мораторий на получение свидетельств об аккредитации специалиста. Он продлится до 1 июня текущего года и с этого дня будет вновь проводиться аккредитация. Действие же сертификатов специалиста (а также свидетельств об аккредитации), сроки которых истекают или уже истекли в период с 6 апреля 2020 г. до конца

2021 г., продлевается на 12 месяцев со дня после окончания их действия.

На первый взгляд, все понятно и может показаться, что действие сертификатов и свидетельств продлевается автоматически. Но стоит обратить внимание на один важный момент. Согласно лицензионным требованиям, повышение квалификации фармацевтические специалисты проходят не реже, чем один раз в пять лет. **И именно повышение квалификации — обязательное условие для продления действия сертификата на 12 месяцев и, соответственно, для допуска к профессиональной деятельности в данный период.**

Как быть провизорам и фармацевтам, не успевшим выполнить это условие?

Если фармспециалист не проходил обучение ежегодно по 36 часов, а срок действия сертификата заканчивается в наступившем 2021 г., необходимо срочно пройти повышение квалификации — 144 часа!

Важно, что периодическая аккредитация, к которой, несмотря на мораторий, предстоит готовиться, проводится путем оценки портфолио специалиста. Обязательной составляющей портфолио являются сведения

об освоении программ повышения квалификации.

Поэтому в ближайшее время ожидаем изменения в приказ Минздрава России от 02.06.16

№334н, определяющие формы отчетности, и уточнение способа расчета аккредитационных баллов.



СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛАУКОМЫ

Окончание начало в МА №12/20

Преферанская Нина Германовна

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

Значительная часть пациентов с глаукомой II и III стадии находятся на диспансерном наблюдении. Как правило, пациентам назначаются монопрепараты, которые в идеале должны снижать уровень ВГД на 20–25% от исходного. Однако данный подход к лечению оказывается не всегда эффективным и пациенты нуждаются в дополнительном понижении уровня ВГД. Увеличение дозы препарата или кратности инстилляций не приводит к улучшению снижения ВГД, а лишь увеличивает риск возникновения побочных реакций. Самый известный и распространенный препарат «Тимолол» (назначаемый в 70% всех случаев) ко второму году применения снижал свою специфическую эффективность, и, таким образом, больной нуждался в коррекции терапии.

КОМБИНИРОВАННЫЕ СРЕДСТВА

Для повышения эффективности медикаментозного лечения глаукомы были разработаны комбинированные препараты. Препараты содержат фиксированное количество 2 веществ, обладающих различным механизмом гипотензивного действия. При одновременном применении нескольких противоглаукомных препаратов возникает более высокий гипотензивный (терапевтический) эффект, в результате развития потенцированного синергизма.

Применение противоглаукомных препаратов с фиксированной дозой в комбинации (два препарата в одном флаконе) позволяет не только изменить регулярность инстилляций, но и уменьшить объем и дозу вводимых препаратов

(суточное количество при закапывании), что в свою очередь снижает риск неблагоприятных побочных эффектов. Все это повышает качество жизни таких больных, степень соблюдения заданного режима инстилляций и увеличивает приверженность к лечению.

Современные комбинированные препараты, которые используют для терапии больных глаукомой, следующие:

- Пилокарпин + Тимолол = **Фотил (Fotil), Фотил форте (Fotil forte)**
- Бримонидин + Тимолол = **Комбиган (Combigan)**
- Бринзоламид + Тимолол = **Азарга (Azarga), Бринарга**
- Дорзоламид + Тимолол = **Дорзопт Плюс (Dorsopt Plus), Косопт (Cosopt)**
- Биматопрост + Тимолол = **Ганфорт (Ganfort), Тизоптан**
- Латанопрост + Тимолол = **Ксалаком (Xalacom), Дуопрост**
- Травопрост + Тимолол = **ДуоТрав (Duo Trav)**
- Золепродол + Клонидин = **Проксофелин (Proxophelin)**
- Золепродол + Пилокарпин = **Проксокарпин (Proxocarpin)**

Наиболее часто в офтальмологической практике используются комбинированные препараты, в состав которых входит неселективный $\beta_{1,2}$ -адреноблокатор — *тимолол* с другими противоглаукомными средствами. Комбинация «Тимолол + Пилокарпин» появилась в мире более 25 лет назад и известна в нашей стране, прежде всего, благодаря препарату «Фотил».

Фотил (20 мг + 5 мг/мл — 5мл) и **Фотил форте** (40 мг + 5 мг/мл — 5мл)

Фотил представляет собой комбинацию $\beta_{1,2}$ -адреноблокатора *тимолола малеата* (0,5% р-р) и 2% р-р м-холиномиметика *пилокарпина гидрохлорида*. Фотил форте содержит 0,5% р-р *тимолола малеата* и 4% р-р *пилокарпина гидрохлорида*. Препараты снижают уровень ВГД до 32% от базового уровня. После инстилляций Фотила эффективное снижение ВГД происходит, начиная со второго часа; максимальный эффект наступает через 3–4 ч, продолжительность гипотензивного действия составляет около 12 ч. Рекомендуемый режим применения — 1–2 раза день.

Важно! При применении препарата «Фотил форте» не следует забывать о местных побочных реакциях, возникающих при использовании более высокой концентрации *пилокарпина* (4%). Они проявляются в быстро проходящем чувстве жжения, боли в глазу, затуманивании зрения, гиперемии конъюнктивы.

Препарат «Фотил» нельзя комбинировать с другими глазными каплями, в состав которых входят β -адреноблокаторы, из-за возможного усиления фармакологического действия и повышения риска гипотонии и аритмии.

Препарат «Фотил» с осторожностью применяют у больных, которым планируется оперативное вмешательство под общей анестезией, у пациентов с сердечно-сосудистыми или цереброваскулярными заболеваниями. Лечение следует проводить под контролем ВГД.

Необходимо соблюдать осторожность при управлении автомобилем в темное время суток или при плохом освещении.

Перед закапыванием контактные линзы следует удалить и вновь установить через 15 мин. после применения препарата (возможность осаждения на них консерванта — *бензалкония хлорида*).

После вскрытия флакона раствор следует использовать в течение 1 мес.

Комбиган (2 мг/мл + 5 мг/мл, фл. 5 мл) — лекарственное средство, в состав которого входят 2 активных вещества: адреномиметик *бримонидина тартрат* 2 мг/мл, стимулирующий преимущественно α_2 -адренорецепторы и $\beta_{1,2}$ -адренолитик — *тимолола малеат* 5 мг/мл.

Бримонидин обладает в 1000 раз большей селективностью в отношении α_2 -адренорецепторов по сравнению с α_1 -адрено-

рецепторами. Селективность выражается в отсутствии мидриаза и вазоконстрикции сосудов микроциркуляторного русла. 80% *тимолола*, применяемого в виде глазных капель, попадает в системный кровоток путем абсорбции через сосуды конъюнктивы, слизистой оболочки носа и слезного тракта. После инстилляций глазных капель максимальная концентрация тимолола в водянистой влаге глаза достигается через 1–2 ч.

Препарат назначается дважды в день, он эффективно снижает уровень ВГД (до 33% от исходного) и является **перспективным препаратом**.

Важно! При применении Комбигана наиболее частыми побочными эффектами были гиперемия конъюнктивы глаза (15%) и ощущение жжения слизистой оболочки глаза (11%). Выраженность указанных симптомов была слабой и отмены терапии не потребовалось. При необходимости прекращения терапии препаратом, его отменяют постепенно, во избежание развития сердечно-сосудистых нарушений.

Не менее важное место занимает комбинация селективного ингибитора карбоангидразы II типа и β -адреноблокатора, которая была разработана почти 20 лет назад.

• **Дорзоламид + Тимолол** (20 мг/мл + 5 мг/мл фл. по 5 мл) — **ТН «Дорзопт Плюс», ТН «Косопт»** — препарат, где входящий в состав *дорзоламида гидрохлорид* селективно угнетает активность карбоангидразы II типа человека в цилиарном теле глаза, что приводит к снижению секреции внутриглазной жидкости. При длительном регулярном применении эффект препарата аккумулируется (накапливается). Совместное действие двух веществ в составе данных препаратов приводит к более выраженному снижению ВГД.

Косопт применяется для лечения повышенного внутриглазного давления при открытоугольной глаукоме и псевдоэкссфолиативной глаукоме при недостаточной эффективности монотерапии или офтальмогипертензии при недостаточном ответе на лечение бета-адреноблокаторами. Препарат обладает выраженной гипотензивной активностью, понижает уровень ВГД в среднем до 33–34% от базового. Максимальное уменьшение офтальмотонуса составляет 43% от исходного уровня. Снижение ВГД начинается через 1 час после однократной инстилляций, достигает максимума через 4–6 ч

и сохраняется в течение 24 ч. Рекомендуемый режим применения — 2 раза в день. Препарат в целом хорошо переносится. *В клинических исследованиях побочных эффектов, свойственных исключительно этому комбинированному препарату, не наблюдалось.*

Бринзоламид + Тимолол (10 мг/мл + 5 мг/мл, фл.-капельница 5 мл) — ТН «Азарга», ТН «Бринарга». При применении препарата снижается повышенное ВГД за счет уменьшения секреции внутриглазной жидкости. Ингибирование карбоангидразы в цилиарном теле глазного яблока уменьшает продукцию внутриглазной жидкости, предположительно благодаря замедлению образования ионов бикарбоната с последующим снижением транспорта натрия и жидкости. *Тимолол* снижает образование внутриглазной жидкости и незначительно усиливает ее отток. Совместное применение препаратов оказывает потенцированный синергизм, превышающий действие каждого вещества в отдельности.

Важно! При применении препаратов, содержащих ингибиторы карбоангидразы, необходимо воздержаться от занятий деятельностью, требующей повышенного внимания. Применение препарата может повлиять на координацию у пожилых пациентов; он противопоказан при беременности и в период грудного вскармливания, в детском и подростковом возрасте до 18 лет.

По мнению офтальмологов, наиболее востребованной является фиксированная комбинация препаратов простагландинового ряда и $\beta_{1,2}$ -адреноблокатора. Комбинированными препаратами, содержащими простагландины, являются:

- **Латанопрост + Тимолол** (0,05 мг/мл + 5 мг/мл, 2,5 мл) — ТН «Ксалаком»;
- **Биматопрост + Тимолол** (0,3 мг/мл + 5 мг/мл, 0,4 мл и 3 мл) — ТН «Ганфорт»;
- **Травопрост + Тимолол** (0,04 мг/мл + 5 мг/мл, 2,5 мл) — ТН «ДуоТрав».

Популярность таких комбинаций, в состав которых входит синтетический аналог простагландинов F_2 -альфа и β -адреноблокатора объясняется рядом естественных факторов. Известно, что гипотензивный эффект β -адреноблокатора *тимолола* в ночное время резко снижен из-за естественного уменьшения продукции

внутриглазной жидкости. Ночью уровень эндогенных катехоламинов самый низкий, что существенно уменьшает эффективность препарата. В свою очередь, простагландины действуют постоянно (круглосуточно), понижая уровень ВГД за счет увеличения увеосклерального оттока. Добавление простагландинов снижает риск развития побочных эффектов, свойственных β -адреноблокаторам.

Ксалаком — исследование клинической эффективности фиксированной комбинации в сравнении с отдельным применением этого препарата показало, что в первом случае более выраженный эффект, который сохраняется 48 ч и максимальное снижение ВГД при применении препарата наблюдается в течение 6–8 ч. Режим применения — 1 раз в сутки, утром.

Сравнивая гипотензивную эффективность Ксалакома и Косопта (Дорзоламид + Тимолол) при лечении 30 пациентов с первичной открытоугольной глаукомой при среднем исходном уровне ВГД выше 24 мм рт. ст. в течение стандартного 3-месячного периода наблюдения, было установлено, что Косопт понизил уровень ВГД на 4,3 мм рт. ст., а Ксалаком на 3,8 мм рт. ст. Обе комбинации сопоставимо понижают уровень ВГД.

По другим продолжительным наблюдениям (36 месяцев), были включены две группы пациентов. В первой группе (83 пациента) назначался Косопт, во второй (82 пациента) больные получали Ксалаком. Исследователи сделали заключение о хорошей переносимости обоих препаратов и приоритетах в назначении Ксалакома по отношению к Косопту. Эти два препарата адекватно и сопоставимо понижают уровень ВГД. Однако в данном исследовании авторы не приняли во внимание такой известный параметр, как «стоимость — эффективность» терапии, ведь Косопт вводится дважды в сутки, а Ксалаком только один раз. Это значит, что стоимость лечения при использовании первого превышает стоимость при лечении вторым.

Проксокарпин (10 мг/мл + 10 мг/мл — 1,3 мл) — отечественный комбинированный препарат, содержит α_1 - $\beta_{1,2}$ -адреноблокатор *золепродолол* (10 мг/мл р-р бутиламиногидроксипропоксифеноксиметил метилоксадиазола гидрохлорид) и м-холиномиметик *пилокарпин* (10 мг/мл р-р) в тубиках-капельницах по 1,3 мл.

При применении данной комбинации снижение ВГД начинается через 0,5–1 час после однократной инстилляции, достигает максимума через 4–6 ч и сохраняется в течение 24 ч. Максимальное уменьшение офтальмотонуса составляет 5–6 мм рт. ст. от исходного уровня. Рекомендуемый режим применения 2–3 раза в день. Препарат не оказывает повреждающего действия на ткани глаза.

Сокращение циркулярной мышцы (миоз) и цилиарной мышцы (спазм аккомодации) вызывает м-холиномиметик. Сокращение цилиарной мышцы (спазм аккомодации) приводит к открытию шлеммова канала и трабекулярных щелей при открытоугольной глаукоме. Сокращение циркулярной мышцы приводит к смещению прикорневой части радужной оболочки от угла передней камеры глаза, что способствует открытию шлеммова канала и фонтановых пространств (при закрытоугольной глаукоме). За счет этих процессов увеличивается отток водянистой влаги из передней камеры глаза с дальнейшим снижением внутриглазного давления.

При сравнительном анализе эффективности и переносимости двух препаратов — «Проксокарпина» и «Фотила» — были проанализированы данные обследования 25 больных (34 глаза, средний возраст $69,5 \pm 2,9$ лет), которым после полного офтальмологического обследования при недостаточной эффективности однокомпонентных лекарственных препаратов назначались комбинированные формы. Начальная стадия глаукомы отмечена на 10 глазах, развитая — на 21, далеко зашедшая — на 3. Повторные исследования функций глаз, тонометрию и тонографию повторяли на 28-й день лечения. Было отмечено, что оба препарата значительно снижали офтальмотонус: Проксокарпин — на 2–12 мм рт. ст. (среднее — $6,5 \pm 0,5$), а Фотил — на 4–13 мм рт. ст. (среднее — $7,6 \pm 0,6$). Более выраженное влияние Фотила на офтальмотонус объясняется содержанием в нем 2% *пилокарпина* и максимальной из применяемых концентраций *тимолола малеата* (0,5%), в то время как Проксокарпин содержит 1% *пилокарпина* и *проксодола* 1%, сопоставимый с 0,25% р-ром Тимолола. При этом под действием Проксокарпина функции глаз за период наблюдения менялись незначительно, а Фотил в ряде случаев вызывал отрицательную динамику в состоянии остроты

и поля зрения. Были также отмечены и системные побочные эффекты (снижение артериального давления и брадикардия). Целесообразно применение обоих препаратов у больных глаукомой, однако начинать лечение рекомендует с Проксокарпина, вызывающего меньшие побочные эффекты.

Проксофелин (10 мг/мл + 2,5 мг/мл — 1,5 мл) — препарат содержит α_1 - и $\beta_{1,2}$ -адреноблокатор, 1% р-р *золепродолола* (действующее вещество: бутиламиногидроксипропоксифеноксиметил метилоксадиазола гидрохлорид — 10 мг/1 мл) и центральный пресинаптический α_2 -адреностимулятор *клонидин* (0,25% р-р). Препарат оказывает аддитивное гипотензивное действие за счет угнетения продукции водянистой влаги и увеличения ее оттока. Применяют для снижения ВГД у больных различными формами глаукомы: открытоугольной, закрытоугольной (в комбинации с миотиками), вторичной при недостаточности эффекта при монотерапии.

При применении данной комбинации снижение уровня ВГД начинается через 0,5–1 час после однократной инстилляции, достигает максимума через 4–6 ч, сохраняется в течение 24 часов. Максимальное уменьшение офтальмотонуса составляет более 10 мм рт. ст. от исходного уровня. Рекомендуемый режим применения 2–3 раза в день. Не следует прикасаться кончиком тюбик-капельницы к глазу и его закрывать после каждого использования.

В опубликованной работе об эффективности сочетанного применения Проксофелина и Пилокарпина было установлено, что в случае если при систематическом применении Проксофелина наблюдалось уменьшение его гипотензивного эффекта, добавление однократных инстилляций Пилокарпина снизило офтальмотонус в среднем на 7,5% у 81,8% больных за счет достоверного увеличения коэффициента легкости оттока.

При применении Проксофелина возможно снижение артериального давления, замедление сердечного ритма, сухость во рту, сонливость, головокружение, данные побочные эффекты возникают гораздо меньше, чем при применении одного Клонидина (Клофелина). Пациентам, у которых после инстилляций временно теряется четкость зрения, не рекомендуется водить машину или работать со сложным обо-

рудованием, требующим точности и внимательности.

Применение современных комбинированных противоглаукомных лекарственных средств позволяет уменьшить концентрации совместно применяемых действующих веществ, понизить проявления их побочных эффектов, сократить количество инстилляций за счет увеличения

продолжительности действия назначаемых препаратов и добиться тем самым максимальной степени понижения уровня ВГД за счет повышения эффективности действия комбинации веществ. Эффективность проводимой фармако-терапии для снижения повышенного ВГД будет также в значимой степени зависеть от приверженности пациента к своему лечению.



ВОПРОС — ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ

Организация в связи с отменой ЕНВД с 2021 г. переходит на применение упрощенной системы налогообложения. У нее есть несколько аптек, в каждой из которых по два кассовых аппарата.

Если организация не успеет изменить с 01.01.21 обязательный реквизит о применяемом режиме налогообложения, то каков будет порядок привлечения к административной ответственности по ч. 4 ст. 14.5 КоАП РФ — один штраф на юридическое лицо или несколько штрафов на юридическое лицо за каждое обособленное подразделение или за каждую кассу?

Рассмотрев вопрос, мы пришли к следующему выводу:

Пользователь онлайн-кассы при наличии вины может быть привлечен к административной ответственности по каждому выявленному факту неверного указания применяемой им системы налогообложения в выданном при расчете кассовом чеке.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫВОДА:

В соответствии с п. 1 ст. 1.2 Федерального закона от 22.05.03 №54-ФЗ «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов в Российской Федерации» (далее — Закон о ККТ) контрольно-кассовая техника применяется на территории РФ в обязательном порядке всеми организациями и индивидуальными предпринимателями при осуществлении ими расчетов, за исключением случаев, установленных Законом о ККТ.

Это значит, что в общем случае при осуществлении расчета пользователь обязан выдать (направить в электронной форме) кассовый чек или бланк строгой отчетности покупателю (клиенту). В таком кассовом чеке или бланке строгой отчетности в составе обязательных реквизитов должна указываться применяемая при расчете система налогообложения (п. 1 ст. 4.7 Закона о ККТ).

Отражение в кассовом чеке пользователем ККТ системы налогообложения, отличной от применяемой, является нарушением законодательства Российской Федерации о применении ККТ и влечет за собой привлечение к административной ответственности по ч. 4 ст. 14.5 КоАП РФ (письма ФНС России от 03.12.20 №АБ-4-20/19907@ и от 28.10.19 №ЕД-3-20/9349@, смотрите также Энциклопедию решений.

Привлечение к ответственности за нарушения, выявленные в ходе проверки соблюдения требований к ККТ).

Напомним, речь идет о предупреждении или наложении административного штрафа:

- на должностных лиц — в размере от полутора тысяч до трех тысяч руб.;
- на юридических лиц — в размере от пяти тысяч до десяти тысяч рублей.

Привлечь к ответственности за несоблюдение требований к ККТ в силу ст. 4.5 КоАП РФ налоговые органы могут не позднее одного года с момента совершения правонарушения (за исключением дящихся правонарушений, по которым срок давности исчисляется с момента их выявления). При этом срок, установленный ст. 4.5 КоАП РФ, не должен истечь на момент вынесения постановления о привлечении к ответственности. В соответствии с ч. 1 ст. 4.4 КоАП РФ при совершении лицом двух и более административных правонарушений административное наказание назначается за каждое совершенное административное правонарушение. Никто не может нести административную ответственность дважды за одно и то же административное правонарушение (ч. 5 ст. 4.1 КоАП РФ).

Порядок проведения проверок за применением ККТ определен Административным

регламентом исполнения ФНС России государственной функции по осуществлению контроля и надзора за соблюдением требований к контрольно-кассовой технике, порядком и условиями ее регистрации и применения, утвержденным приказом Минфина России от 17.10.11 №132н (далее — Регламент №132н).

Основанием для начала проведения инспекторами проверки соблюдения законодательства о применении ККТ является поручение, подписанное руководителем налогового органа или его заместителем. Срок проверки в каждом конкретном случае устанавливается руководителем (заместителем руководителя) инспекции и не может превышать пяти рабочих дней. Этот срок исчисляется с даты выписки поручения руководителя (заместителя руководителя) инспекции на проведение проверки (п. 19 Регламента №132н). Периодичность проведения проверок соблюдения законодательства о применении ККТ не установлена ни Законом о ККТ, ни Регламентом №132н (смотрите также Энциклопедии решений. Основание, периодичность и сроки проведения проверок применения ККТ и Предъявление поручения на проведение проверки применения ККТ).

На наш взгляд, указанные формулировки не дают однозначного понимания содержащих их норм.

В письме ФНС России от 07.12.17 №ЕД-4-20/24899 налоговики, говоря о непривлечении к ответственности после формирования чеков коррекции, указывают: в случае выявления налоговым органом не переданной информации о расчетах пользователь ККТ может быть привлечен к административной ответственности по каждому выявленному факту. О том, что основанием для составления протокола может явиться один реквизит в одном чеке, можно судить, например, по постановлению Девятого ААС от 26.08.20 №209АП-386070).

Иной подход применен в постановлении Восьмого ААС от 24.05.19 №08АП-185/19 — в нем речь шла о ч. 2 ст. 14.5 КоАП РФ, но интересно оно в связи с трактовкой неприменения ККТ. По мнению судей, это — длящееся правонарушение. Тем самым искусственное разделение единого правонарушения на эпизоды и вынесение административным органом постановлений о назначении административного наказания за

каждый день неприменения ККТ является неправомерным. Возможно, так же будут суды рассматривать и споры по применению ч. 4 ст. 14.5 КоАП РФ.

Еще хотим обратить внимание на постановление Девятого ААС от 15.07.20 №09АП-27914/20, в котором суд поддержал налоговый орган, приняв во внимание еще и то, что пользователь не прекратил противоправное поведение и не смог в связи с этим смягчить вину.

И мы сейчас даже не о той возможности, которая предоставлена примечанием к ст. 14.5 КоАП РФ (добровольно устранить нарушение до обнаружения его налоговым органом, сформировав чек коррекции), а о необходимом условии применения мер ответственности: должна быть доказана вина привлекаемого лица (ст.ст. 1.5, 2.1 КоАП РФ).

Чиновники пока не прокомментировали отношение контролирующих органов к соблюдению требований законодательства о применении ККТ в ситуации, когда произойдет массовая смена систем налогообложения налогоплательщиками.

Применительно к похожему периоду 2018–2019 гг. (когда нужно было изменить ставку НДС) в письме ФНС России от 13.12.18 №ЕД-4-20/24234@ сообщалось: отсутствием вины может считаться применение пользователями после 01.01.19 ККТ с необновленным программным обеспечением до момента соответствующего обновления при условии, что оно будет произведено в разумный срок, не выходящий за пределы первого налогового периода по НДС. Тем самым, по мнению налоговиков, обновление программного обеспечения ККТ после указанного срока может свидетельствовать о бездействии пользователя либо принятии таким пользователем недостаточных мер по соблюдению требований законодательства РФ о применении контрольно-кассовой техники. А это подтверждение его вины в совершении правонарушения. В связи с этой точкой зрения приведем решение АС Оренбургской области от 13.02.20 №А47-15360/2019 — в нем пользователь был привлечен к ответственности по ч. 4 ст. 14.5 КоАП РФ (неверная ставка НДС в кассовых чеках за несколько дней) с назначением административного наказания в виде предупреждения.

Допускаем, что этот подход будет применен и в связи с отменой ЕНВД; тогда в отношении пользователей ККТ на протяжении какого-то промежутка времени после окончания мотория на проверки не будут применяться

«драконовские» штрафы. Но еще раз повторим: мы пока не располагаем официальным подтверждением этого.

Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ

Ольга ВОЛКОВА

Организация 1 имеет право производить лекарственные препараты. Организация 2 для организации 1 на собственном оборудовании с использованием сырья, предоставленного организацией 1, изготовила полуфабрикат. Этот полуфабрикат организация 1 направляет на госрегистрацию. После получения всех разрешений препарат будет запущен в производство в организации 2 (производственная площадка). Организации из группы компаний. Организация 1 собрала затраты на счете 20, перенесла их на счет 08.НМА. Организация думала, что сама будет заниматься и регистрацией препарата, и его производством, т.е. в будущем планировала произведенные расходы принять на счет 04 (регистрационное удостоверение).

Как в бухгалтерском учете отразить изготовление полуфабриката лекарственного средства, произведенного по заказу сторонней организации, выступающей в дальнейшем заявителем при официальной регистрации данного полуфабриката как разрешенного к выпуску лекарственного препарата?

Согласно п. 7.2 Концепции бухгалтерского учета в рыночной экономике России (одобрена Методологическим советом по бухгалтерскому учету при Минфине России и Президентским советом Института профессиональных бухгалтеров 29.12.1997, далее — Концепция) активами считаются хозяйственные средства, контроль над которыми организация получила в результате свершившихся фактов ее хозяйственной деятельности и которые должны принести ей экономические выгоды в будущем (п. 7.2 Концепции). Будущие экономические выгоды — это потенциальная возможность активов прямо или косвенно способствовать притоку денежных средств в организацию. Считается, что актив принесет в будущем экономические выгоды, когда он может быть (п. 7.2.1 Концепции):

- использован обособленно или в сочетании с другим активом в процессе производства продукции, работ, услуг, предназначенных для продажи;
- обменян на другой актив;
- использован для погашения обязательства;
- распределен между собственниками организации.

Материально-вещественная форма актива и юридические условия его использования не являются существенными критериями отнесения их к активам (п. 7.2.2 Концепции).

Актив признается в бухгалтерском балансе, когда вероятно получение организацией экономических выгод в будущем от этого актива и когда стоимость его может быть измерена с достаточной степенью надежности (п. 8.3 Концепции).

Лекарственный полуфабрикат, созданный организацией, в полной мере отвечает вышеназванным критериям, поэтому может быть признан активом. Кроме того, это подтверждается тем, что действия заказчика предусматривают именно выпуск такой формы лекарственного полуфабриката, который необходим только для получения разрешительной документации на выпуск полноценного лекарственного препарата, производство которого будет осуществляться из различного сырья, но не конкретно этого полученного полуфабриката.

Активы, предназначенные для продажи, учитываются в составе материально-производственных запасов (далее — МПЗ). Частью МПЗ, предназначенных для продажи, является готовая продукция (п. 2 ПБУ 5/01 «Учет материально-производственных запасов», далее — ПБУ 5/01).

По нашему мнению, создаваемый в рассматриваемой ситуации организацией полуфабрикат необходимо учитывать как готовую продукцию, поскольку иных положений по учету незарегистрированных лекарственных препаратов, созданных организацией по заказу

третьих лиц, которые в дальнейшем и будут выступать заявителями при регистрации указанных препаратов, нет.

Данный вывод согласуется с положениями пп. «а» п. 3 МСФО (IAS) 38 «Нематериальные активы», п. 8 МСФО (IAS) 2 «Запасы» и п. 7.1 ПБУ 1/2008 «Учетная политика организации».

В свою очередь, положения ПБУ 5/01 и Методических указаний по бухгалтерскому учету материально-производственных запасов, утвержденных приказом Минфина России от 28.12.01 №119н (далее — Методические указания), не устанавливают запрет на учет в качестве МПЗ рассматриваемых нами активов.

Пункт 201 Методических указаний предписывает учитывать готовую продукцию в количественных и стоимостных показателях. Полагаем, что учет незарегистрированных лекарственных препаратов может осуществляться поштучно (по наименованиям, модификациям и т.п.).

МПЗ принимаются к бухгалтерскому учету по фактической себестоимости (п. 5 ПБУ 5/01).

Как определено в п. 7 ПБУ 5/01, фактическая себестоимость МПЗ при их изготовлении самой организацией определяется исходя из фактических затрат, связанных с производством данных запасов. Учет и формирование затрат на производство МПЗ осуществляется организацией в порядке, установленном для определения себестоимости соответствующих видов продукции. Аналогичная норма содержится и в п. 64 Методических указаний.

Фактическая себестоимость готовой продукции формируется из расходов по обычным видам деятельности (п.п. 5, 7, 8, 10 ПБУ 10/99 «Расходы организации»), которые могут собираться на счете 20 «Основное производство», что отражается в учете следующими записями:

Дебет 20 Кредит 02, 05, 10, 69, 70, 26 и др.

- отражены расходы на создание полуфабриката (амортизация оборудования (компьютеров) и НМА, заработная плата работников, занятых в создании препарата, страховые взносы, исчисленные на заработную плату этих работников, часть общехозяйственных расходов, приходящаяся на этот полуфабрикат, материальные ценности, использованные при создании лекарственного полуфабриката).

После того, как фактическая себестоимость полуфабриката будет сформирована, необходимо оприходовать готовую продукцию:

Дебет 43 Кредит 20

- оприходована готовая продукция (лекарственный полуфабрикат) по фактической себестоимости.

При передаче лекарственного полуфабриката заказчику признается выручка от реализации (п.п. 5, 6, 12 ПБУ 9/99 «Доходы организации»):

Дебет 62 Кредит 90

- отражена выручка от реализации лекарственного полуфабриката;

Дебет 90 Кредит 43

- списана фактическая себестоимость лекарственного полуфабриката.

Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ

Ирек СИТДИКОВ



ПОД КОНТРОЛЕМ РОСЗДРАВНАДЗОРА

Нарушения в сфере обращения лекарственных препаратов взяты под строгий контроль. В целях защиты здоровья и жизни граждан.

Анализ нарушений, допускаемых юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями при обращении лекарственных средств и изделий медицинского применения в 2020 г. еще раз подтвердил тот факт, что выявляются из года в год типичные правонарушения.

ПЛАНОВЫЕ И ВНЕПЛАНОВЫЕ ПРОВЕРКИ

В части лицензионного контроля фармацевтической деятельности подвергались проверкам организации оптовой торговли лекарственными средствами для медицинского применения, аптечные и медицинские организации. *«Всего за год отделом контроля было проведено 74 плановые проверки и 19 внеплановых, — сообщила Екатерина Петрова, главный государственный инспектор отдела контроля и обращения лекарственных средств Управления лицензирования и контроля соблюдения обязательных требований Росздравнадзора. — Из них истекшие сроки использования юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем ранее выданного предписания об устранении выявленного нарушения — 12 (63%), а также 7 проверок по обращению и заявлению граждан, юридических лиц или правоохранительных органов».*

Согласно постановлению Правительства РФ от 03.04.20 №438 плановые проверки,

запланированные отделом, были исключены, но при этом проводились неплановые документарные выездные проверки на основании жалоб юридических лиц и индивидуальных предпринимателей и граждан, которые предварительно согласовывались с органами прокуратуры. *«Но, несмотря на наличие или отсутствие проверок, нужно всегда соблюдать правила обращения с лекарственными препаратами», —* напоминает Екатерина Петрова. В частности, речь идет факторах, влияющих на качество лекарственных препаратов, т.е. соблюдение температурного режима при хранении и перевозке лекарств (недопустима как повышенная, так и пониженная температура). Важно и соблюдение показателя влажности в помещении хранения, контроль по воздействию прямых солнечных лучей, правила сохранения лекарственных препаратов различных фармакологических групп, требующих соблюдения особых условий хранения. Все эти факторы влияют на стабильность действия действующего вещества, а, следовательно, на качество препарата в целом.

ТИПИЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ. КАКИЕ?

Росздравнадзором в ходе проверок выявляются нарушения, характерные как для всех субъектов обращения лекарственных средств,

так и для каждого вида организации в отдельности.

- Отсутствие помещения и оборудования, необходимого для процесса хранения и перевозки лекарственных препаратов.

Следует напомнить, что на складе дистрибутора должны быть выделены помещения и зоны, определенные правилами надлежащей практики хранения и перевозки, обеспечивающее безопасное раздельное хранение и перемещения лекарственных препаратов.

Особое внимание следует уделить физическому отделению зон хранения выявленных фальсифицированных, контрафактных недоброкачественных лекарственных препаратов и карантинного хранения от других зон.

- Отсутствие утвержденных стандартных операционных процедур на складе или, что часто бывает, представление неактуализированных для данного складского помещения СОПов.

СОПы, т.е. процедуры, описывающие перевозку и хранение лекарственных средств, — должны быть актуальны и применимы для каждого конкретного оптового склада.

Следует обратить внимание и на то, что стандартными операционными процедурами должны быть определены лица, имеющие право доступа в помещения и зоны для хранения лекарственных препаратов.

Сотрудник, ответственность которого определена в СОПе, должен быть обязательно ознакомлен с ним. А сам СОП всегда должен находиться на рабочем месте.

- Отсутствие температурного картирования или непредоставление документов, на основании которых оно проводилось. Температурное картирование должно быть определено на



основании анализа и оценки рисков при хранении лекарственных препаратов.

Склад должен быть обеспечен оборудованием, используемым в процессе хранения лекарственных препаратов. Таким, как система кондиционирования, холодильная камера, холодильники, охранный пожарная сигнализация. А еще — система контроля доступа в помещение хранения лекарственных средств, вентиляционная система, оборудование для использования регистрации температур и влажности.

- Отделка стен и потолков складов, не позволяющая проведения влажной уборки.

Отделка стен и потолков в помещении хранения должна быть гладкой и допускать проведение влажной уборки, а также исключать накопление пыли. Стеллажи, шкафы или другое оборудование для хранения лекарственных средств должны быть расположены таким образом, чтобы обеспечить их доступность для уборки. Процедуру по уборке помещений, предназначенных для хранения лекарственных препаратов, необходимо проводить в соответствии с СОПами. Вопрос по уборке помещений актуален не только для оптовых складов, но и для аптечных и медицинских организаций.

НАРУШЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ПЕРЕВОЗКИ ЛЕКАРСТВ

Для обеспечения правильной перевозки лекарственных препаратов необходимо использовать транспортные средства и оборудование, обеспечивающие соблюдения их качества, эффективности и безопасности.

Часто бывает:

- отсутствие специализированного оборудования, обеспечивающего поддержание требуемых температурных режимов в процессе перевозки;
- отсутствие средств измерения при перевозке, позволяющих подтвердить наличие требуемого температурно-влажностного режима;
- отсутствие документации, сопровождающей процесс перевозки лекарственных средств.

Оборудование, установленное внутри транспортного средства или в контейнере, используемых для поддержания температурно-влажностного режима в процессе перевозки подлежит периодической первичной поверке или калибровке.

Что касается документации, то в ней необходимо фиксировать информацию о перевозке лекарственных препаратов таким образом, чтобы обеспечить контроль их перемещения. В случае возникновения изменений температурного режима или порчи лекарственных средств в процессе перевозки информация о них должна быть передана отправителю и получателю. Должна быть разработана и документально оформлена процедура, определяющая порядок действий при возникновении отклонений и расследования данных фактов.

ТИПИЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ В АПТЕКАХ

Типичными нарушениями при проведении проверок аптечных организаций являются:

- нарушения условий хранения лекарственных препаратов;
- хранение лекарственных препаратов с истекшим сроком годности;
- отпуск рецептурных лекарственных препаратов без рецепта врача;
- отсутствие маркировки или частичная маркировка шкафов или стеллажей, предназначенных для хранения лекарственных препаратов.

«Чтобы не допускать этих нарушений, следует хранить лекарственные препараты при температурных условиях, определенных производителем и указанных на упаковке.»

«Что касается лекарственных препаратов с истекшим сроком годности, то во избежание этого нарушения ответственному лицу нужно вести журнал лекарственных препаратов с ограниченным сроком годности и незамедлительно их перемещать в карантинную зону», — говорит представитель Росздравнадзора.

Стеллажи и шкафы с лекарственными препаратами должны быть промаркированы в соответствии с физико-химическими свойствами, группами или способами введения, чтобы исключить возможную путаницу лекарственных препаратов при их отпуске.

Лекарственные препараты, отпускаемые без рецепта врача, следует хранить отдельно от рецептурных. К этому следует относиться особенно внимательно, т.к. иногда разные дозировки одного лекарственного препарата могут иметь разные условия отпуска.

«Помимо выявленных в ходе проверок фактов нарушения в Росздравнадзор поступают материалы проверок, проведенных МВД по вопросу отпуска в аптеках рецептурных лекарственных препаратов без рецепта врача», — предупреждает Екатерина Петрова.

В таких случаях юридические и должностные лица привлекаются Росздравнадзором к административному штрафу: ч. 1 ст. 14.42 КоАП РФ — составляет от 5 до 10 тыс. руб. для должностных лиц и от 20 до 30 тыс. руб. — для юридических лиц.

Интересно, что при проведении проверок как оптовых складов, так и общественных организаций, имеет место отсутствие объектов по адресам места осуществления деятельности, указанной в лицензии. Отсутствие помещения и оборудования, принадлежащих лицензиату, является грубым нарушением лицензионных требований, за которое юридическое лицо может быть привлечено к административной ответственности. В виде штрафа согласно ст. 14.1. КоАП РФ (Осуществление предпринимательской деятельности без государственной регистрации или без специального разрешения (лицензии)). И в последующем — к лишению лицензии. Штраф в этом случае для юридического лица составляет от 100 до 200 тыс. руб.

В 2020 г. в ходе двух внеплановых проверок по жалобам юридических лиц было подтверждено отсутствие оптовых складов по месту осуществления фармацевтической деятельности. При этом при анализе данных из открытых источников установлено, что эти юридические лица на момент поступления жалобы в Росздравнадзор и в ходе осуществления проверок осуществляли поставки лекарственных препаратов



Карантинная зона

в медицинские организации в рамках государственных контрактов.

Выявленные несоблюдения обязательных требований, выражающихся отсутствием у складов помещений для хранения реализуемых лекарственных препаратов, влекут за собой возможность причинения вреда жизни и здоровью граждан в связи с утратой качества, эффективности и безопасности лекарственных средств.

Для медицинских организаций также являются типичными нарушения, связанные с ненадлежащими условиями хранения ЛП или же лекарственных препаратов с истекшим сроком годности.

Распространенным нарушением в ЛПУ является хранение лекарств, которые не имеют на этикетке производителя информации о серии и сроке годности, да и сопроводительных документов тоже.

В процедурных и перевязочных кабинетах медицинских организаций часто обнаруживаются лекарственные препараты, которые не имеют на этикетке необходимой информации. Как правило, это раствор для наружного применения, который медицинский персонал переливает из тары производителя в более удобную для себя, как они говорят, тару. Это не допустимо! Так невозможно установить ни условий хранения таких растворов, ни срока годности, ни подтверждения качества.

Лекарственные препараты должны храниться только в упаковке производителя. Это касается и случаев, когда в медицинских организациях хранятся обрезанные блистеры лекарственных препаратов, на которых отсутствуют серия, срок годности, условия хранения и даже само наименование. Это может повлечь за собой путаницу лекарственных препаратов при выдаче



пациенту. Такие препараты должны незамедлительно перемещаться в карантинную зону для дальнейшего уничтожения.

Типичным нарушением является:

- использование для регистрации температуры приборов, не прошедших поверки, в т.ч. бытовых;
- отсутствие ежедневной регистрации параметров температуры и влажности;
- отсутствие оборудования для обеспечения условий хранения.

УСТРАНЕНИЕ ЗАФИКСИРОВАННЫХ НАРУШЕНИЙ

Регистрация параметров температуры и влажности должна осуществляться ответственным лицом, в т.ч. в выходные и праздничные дни.

В помещениях хранения нужно фиксировать не только температуру или влажность, что порой встречается, а оба этих параметра.

Места хранения лекарственных средств должны быть обеспечены поверенными приборами регистрации параметров температуры и влажности, а также системами кондиционирования для обеспечения надлежащего температурного режима, сушителями или увлажнителями для поддержания необходимого уровня температуры и влажности и холодильниками для термолабильных лекарственных препаратов. В летнее время температура хранения, где такое оборудование отсутствует, значительно превышает 25°C.

Еще одно напоминание: в холодильниках нужно размещать лекарственные препараты в строгом режиме хранения. Часто встречается, что препараты хранятся в холодильниках при температуре ниже, указанной производителем.

ЗАБОТА КОНТРОЛЕРОВ

Контролирующие органы заинтересованы в соблюдении обязательных требований, поэтому внедряет в свою работу следующие параметры нарушений.

- Разъяснение обязательных требований, оценка соблюдения которых является предметом контроля.

- Раскрытие в открытом доступе полного перечня обязательных требований (нормативных правовых актов). Вся эта информация размещена на сайте Росздравнадзора.
- Разработку интерактивных серверов для обеспечения взаимодействия с подконтрольными субъектами.
- Выдачу предостережений о недопустимости нарушений обязательных требований (за прошлый год было выдано 707 предостережений).
- Контрольным субъектам также рекомендуется использовать проверочные листы, утвержденные приказом Росздравнадзора для самоинспекции.
- обустроенного входа и выхода (пандуса) для лиц с ограниченными физическими возможностями;
- в удобном для обозрения месте копии лицензии на фармацевтическую деятельность;
- информации о возможности обмена или сдачи товара аптечного ассортимента и других документов, информация о которых должна быть доведена до сведения покупателей.

Также не предоставлены лицам, приобретающим лекарственные препараты, сообщения о дозах и режиме их приема, а также правила хранения в домашних условиях, взаимодействия с другими препаратами.

Но и это не все! Выявлено отсутствие в аптечных организациях препаратов, входящих в минимальный ассортимент. Также отсутствует система регистрации и мониторинга движения лекарственных средств.

По материалам Росздравнадзора

Марина МАСЛЯЕВА

К АПТЕКАМ — ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ

Что касается конкретно аптечных организаций, то им выдавались предостережения об отсутствии:



В. Гридякин: МИКРОКЛИМАТ АПТЕКИ — ЭТО РАЗГОВОР ОБО ВСЕМ

Минувший год был очень сложным для малых и средних предприятий. И это еще мягко сказано. Даже аптечных организаций впервые за много лет стало меньше. Но все же в любой, даже самой сильной тенденции бывают исключения. И именно они могут оказаться полезным опытом.

Что помогает выстоять в сегодняшних условиях, особенно когда малы размеры не только аптеки, но и населенного пункта?

На вопросы МА отвечает генеральный директор ООО «Альянс-Фарм» (поселок Запрудня, Талдомский район Московской обл.), врач высшей категории **Владимир Гридякин**.

Владимир Иванович, в 2021 г. у вашей аптечной организации — юбилей: двадцать лет. Что считаете самым главным из достигнутого за это время?

Мы продержались два десятилетия и продолжаем работать. Вот что самое главное. Мы маленькая сеть, у нас две аптеки, и выживать нам сложнее, чем большим федеральным игрокам. Особенно сегодня: ведь трудно даже представить, что будет завтра.

Для нынешних времен чувство неуверенности и всеобщая астенизация — это, наверное, уже норма. Как и ощущение неполного понимания того, что сейчас происходит.

Как все это накладывается на специфику работы в маленьких населенных пунктах?

Конкуренция «дверь в дверь» у нас присутствует — как и везде. Рядом с нами за двадцать лет поменялось больше десятка аптек. Открывают — закрывают, открывают — закрывают...

Люди часто считают так: спальный район, все просто — открывай и работай. А ведь крупные сети менее конкурентны в данной ситуации. Многие наименования, которыми они торгуют, например, те же БАД, могут продаваться и в любом гастрономе.

Конечно, сегодняшняя аптечная конкуренция — это сплошная проблема. Но, наверное, в той или иной степени она будет всегда.

Что помогает справляться с ней?

В современном управлении аптекой важна, прежде всего, ранняя диагностика проблемы. Как и в лечении пациента. Верно диагностируешь проблему, и сразу же переключаешься на необходимые действия, на развитие тех навыков, которые нужны в данной ситуации. Но распознавать ситуацию надо быстро.

На сегодня мы располагаем примерно 6 тысячами наименований лекарств. Для Запрудни это, наверное, много. Но такой ассортимент конкурентоспособен и без него сейчас довольно проблемно.

Почему?

В 2020–2021 гг. в наш поселок приехали многие жители Москвы. Они работают на удаленке и, к счастью, могут жить здесь, в своих домах. Естественно, что им нужен тот же выбор лекарств, который был там, где они жили, чтобы не прерывать лечение и не быть вынужденными выбирать не вполне подходящий аналог. Например, такой, на компоненты которого аллергия. Поэтому ассортимент стараемся поддерживать.

Легко ли это было при осеннем коллапсе с маркировкой?

Для нас, к счастью, коллапса не было. Мы смогли успеть организовать сквозной контроль на всех этапах. Именно сквозной — от производства до реализации лекарственных препаратов. За счет этого увеличивается и оборот: ведь лекарства не залеживаются, а я как руководитель

легко могу увидеть, какими препаратами мы располагаем, где их производят, кто их привозит и в какое время ожидается их доставка в аптеку.

Задача с маркировкой решена во многом благодаря тому, что у нас в штате есть программист — выпускник МГУ. Он работает на удаленке и очень профессионально ведет все наши программы.

Когда заключаю договор с новыми поставщиками (ведь сейчас ушло много достаточно крупных дистрибуторов), меня часто спрашивают: мы будем привозить только маркированные лекарства, согласны ли вы с этим?

А мы уже давно покупаем только такие препараты.

Кстати, о дистрибуторах: в период пандемии многие отметили ужесточение условий с их стороны... Что можете сказать об этом?

Такое было — увы. Были огромные сложности. Весной, в пандемию, мне говорят — срочно, буквально за неделю, выплатить абсолютно все!

Знаю, что с таким столкнулись очень многие аптеки и значительная часть была вынуждена закрыться. Горько, что подобная политика велась дистрибуторами из числа крупнейших. Для них, в отличие от аптек, вопрос жизни не стоял...

Слава богу, у нас получилось справиться — мы взяли кредит, сразу же отдали дистрибутору денежные средства и затем погасили задолженность уже перед банком. Но всегда ли такой сценарий возможен?

Обычно вопрос отсрочки для нас не столь принципиален — некоторым поставщикам даже вносим предоплату. И все-таки сам факт периодической задолженности, которую аптека поэтапно гасит, а потом она вновь появляется и погашается вновь — это нормально для аптечного дела.

Но вдруг в один «прекрасный» момент тебе заявляют: деньги вернуть немедленно! При этом привоз лекарств полностью останавливают. Отгрузки нет. И в это время никто из дистрибуторов не берет на себя ответственности заключить с тобой договор.

Все это разворачивается на фоне пандемии...

Словом, выдержать может не каждый. Многие аптеки в 2020 г. просто ушли.

Чем еще запомнился минувший год?

Наверное, других знаковых событий, кроме тех, о которых уже рассказал, в фармации не происходило. К счастью. Но до сих пор аптеки, расположенные неподалеку от нас, предлагают не то что бы организовать содружество, а попросту их выкупить. А сегодня это не всегда реально.

То есть, по сути, просят кардинально поменять ваш формат (две и четыре аптеки — это уже абсолютно разные структуры)?

Да. Сейчас довольно сложная ситуация.

Сегодня аптеки открываются хаотично, дверь в дверь. Как говорится, «чтобы было». Такая конкуренция, конечно, имеет свои плоды, но это плоды адреналиновые.

Вопрос о поддержке малых аптечных организаций сегодня нужно решать на регуляторном уровне. Пусть крупные аптечные корпорации никогда не догонят небольшую аптеку по ее возможности понять посетителя-пациента и подойти к нему индивидуально, с учетом специфики его ситуации, но нефармацевтические преимущества гигантов рынка — именно то, что осложняет маленькой аптеке не то что развитие, а сам процесс выживания.

Плюс стереотипы, сложившиеся в общественном мнении...

Вопрос аптечной конкуренции перешел в разряд «философских», потому что ситуация серьезно запущена?

Именно. Вспомнилось, как планировал открыть аптеку в нашем торговом центре. Аренду предложили по той же ставке, что и у продуктового супермаркета. Говорю: подождите, мы же социальное учреждение, это другая работа. Если хотите, пригласите крупную сеть, будет выгоднее. А собственник настаивает, что хотел бы именно малую аптечную организацию, но арендная ставка будет такой же, что и для крупносетового универсама... И он искренне убежден, что аптека столько зарабатывает.

Сотрудничества не получилось — к приемлемому для нас обоим варианту мы так и не пришли. Случай этот не единичный, а скорее типичный. У аптек мегазаработков нет, но многие думают по-другому.

В чем, на Ваш взгляд, причины конкуренции «дверь в дверь», кроме непростой экономической обстановки?

Одна из причин — копирование зарубежных моделей. Мы когда-то приняли американскую систему: в США работают «мегааптеки», в одной сети их может быть очень много, более тысячи (иногда и не одна тысяча). Но эта модель не наша!

А если взять пример, скажем, Германии, то там крупные аптечные корпорации вообще отсутствуют. Потому что нельзя держать больше четырех аптек!

Таковы правила — и нарушать их строго запрещается. Запрет этот сформировался на основе уважения к частной собственности и к традициям семейного бизнеса.

А если речь о «мегааптеках», то какая здесь традиция?

Просто конкуренция — и раздражение, разумеется. Мегауспешные корпорации все равно ведь не успевают за ассортиментом. Маленькая же аптека видит ассортимент, контролирует его, успевает вовремя внести коррективы...

То есть лучше понимает, что нужно пациенту?

Скорее, мы стремимся к этому. Всегда стараемся быть на связи с врачами, которые назначают лекарства нашим пациентам. Говорим с ними о тех лекарственных препаратах, которые есть сегодня, об их лечебном действии и побочных эффектах.

Например, хирургическому пациенту нужен препарат синовиальной жидкости, и в аптеке представлены его разные виды. Некоторые наименования поднимают уровень холестерина, а другие, напротив, такого побочного эффекта не имеют.

Врачи сегодня очень загружены — ведь в медицине острый дефицит кадров (в силу ряда причин, собственно от медиков не зависящих). И порой случается так, что тот же хирург смотрит в журнал, видит наименования лекарств, назначает их, а эти препараты уже давно вышли из обращения...

В процессе лечения очень важна обратная связь. Порой необходимо, чтобы фармацевт или провизор смог оперативно позвонить врачу. Если лекарства нет, если оно в дефектуре,

а подобрать пациенту аналог нужно срочно. Если пациент приходит за новой упаковкой антибиотика, чтобы продолжить курс, а улучшений у него нет и необходимо срочно делать антибиотикограмму (это обследование нужно, когда больной 5–6 дней принимает антибактериальные препараты, а эффект отсутствует).

К сожалению, сейчас много случаев, когда привычные антибиотики не действуют... Бывает и такое, что человек исправно принимает препарат, к которому у него резистентность, в результате попадает в больницу с ухудшением состояния и спасти его уже не удастся. И особенно горько, когда ты уговаривал его сменить лекарство на другое, более нового поколения, с меньшей резистентностью, а он не решился, потому что ему уже было назначено.

Если фармспециалист вовремя заметит тревожные признаки и успеет обратиться на них внимание врача, он поможет сохранить жизнь пациента.

Возможно, будет полезен и такой зарубежный опыт: в некоторых странах в общественных пространствах установлены дефибрилляторы. Такая аппаратура нужна и аптеке, чтобы при необходимости оказать экстренную помощь. Ведь не зря провизоров обучают базовым реанимационным мероприятиям.

Врач и провизор работают во имя единой цели и их действия должны дополнять друг друга...

Чем помогает в организации аптечной деятельности ваш опыт врача?

Прежде всего, стараюсь грамотно проконсультировать пациента. Конечно, в аптеке я не могу посмотреть результаты анализов (как и других исследований), зато могу помочь человеку сориентироваться в направлениях лечения. То есть не просто сказать «обратитесь к врачу», но и предположить, к врачу какого профиля стоит обратиться.

Сегодня в зоне риска и здоровье фармацевтических специалистов. «Выгорают» все. Повышенная (в силу специфики профессии) нагрузка — психическая и физическая — стала еще выше. Как результат, снижается мотивация, замедляется мышление... Бывают и гипертонические кризы. Организм реагирует на перегрузки по-разному, все индивидуально.

Получается, сейчас особенно важен хороший климат в коллективе аптеки. Что помогает создать и поддерживать его?

Отмечать каждого фармацевта, помнить, когда у него день рождения... Это не мелочи, это внимание к человеку. И обязательно должно быть ощущение защищенности: аптечному работнику нельзя находиться в подвешенном состоянии, когда в любой момент, хоть завтра, могут уволить. Стабильность необходима как воздух!

Важно и премирование. Достойная премия за хорошие результаты в работе — очень серьезный фактор поддержки. Пытаюсь делать прибавки к премиям за здоровый образ жизни — сейчас он жизненно необходим. А в маленьком поселке ведь видно, кто ходит на лыжах, кто посещает бассейн, кто занимается бегом и другими видами физической активности...

Микроклимат — это разговор обо всем.

Как Вы пришли в аптечную деятельность? Что заставило перейти из медицины в фармацию?

А я сферу деятельности не менял. Продолжаю работать доктором и сегодня. Много консультирую пациентов... Фармацевтическая же деятельность началась с идеи сделать лечебные растительные бальзамы для улучшения иммунитета и общего самочувствия. Помните, как популярны они были в конце 1990-х — начале 2000-х гг.?

Для микстур и бальзамов упаковка значит многое. А недалеко от нас — поселок Вербилки, известный своим производством фарфора и в целом посуды. Поэтому обратился на этот завод, начались переговоры... Со временем появилось и место, где можно открыть аптеку. Так все и пошло. Началась собственно фармацевтическая работа.

В 2019–2020 гг. понял, что хотел бы вернуться к тому, с чего наши аптеки начинались, но открыть производство уже не бальзамов, а лекарственных трав. Думаю, что за этим будущее. Современная аптека может производить в т.ч. и таблетки из растительного сырья.

А в целом, какие планы на 2021 год?

Планов множество. Но все-таки думаю больше о возможной заготовке лекарственных трав. Ситуацию в этой области изучаю уже полтора года. Почему это сейчас так важно?

Раньше не было такого акцента на аптечные пункты. Фармацией занималась, в первую очередь, именно аптека. И чаще всего в аптеке был рецептурно-производственный отдел. Сегодня же аптечное изготовление препаратов — большая редкость. Редкость во многом потому, что врачей не хватает, они очень сильно загружены и у них нет времени и сил выписывать индивидуальный рецепт для конкретного пациента. Которому «типовое» лекарство может быть противопоказано.

Когда аптеки занимались и изготовлением препаратов, и заготовкой лекарственных трав — это было нормальной практикой. Фармацевты не стояли у окна — они готовили лекарства.

А сегодня, помимо прочего, большую роль играет и реклама, которая зачастую становится основным источником информации и для врача, и для пациента.

Получается, состояние медицинской помощи влияет на состояние фармации? Как говорится, в организме все взаимосвязано...

Да, аптека и поликлиника — это части единого организма. И он как система должен работать в унисон. Поликлиника могла бы получать от нас любую полезную информацию, а мы от них. Ведь так и планировалось изначально.

И сам фармспециалист должен не просто «отпускать препарат». Нужно спросить у покупателя-пациента: кому покупаете лекарство, почему именно это средство?

Мы все-таки не гастроном. И ведь даже в гастрономе нужно рассказать покупателю продуктов о том, чем отличается тот или иной хлеб или определенный сорт яблок, например.

А если вдруг врач от усталости ошибся с дозировкой в рецептурном бланке, а фармацевт не обратил на это внимание — больному станет хуже...

Какие качества необходимы фармспециалисту, чтобы предупредить подобное?

Знания и умения у фармацевта и провизора — когда он только приходит в аптеку — могут быть любыми. Это вопрос обучения. Но должно быть самое главное личное качество для человека, который участвует в процессе лечения, — это нравственность.

Самое главное, чтобы человек был воспитан (не в формальном, а в содержательном смысле

этого слова). Чтобы он мог слышать другого, мог воспринимать информацию, которой с ним хотят поделиться. Когда понимание возможно, можно помочь специалисту, даже начинающему, стать высококлассным профессионалом.

На незнание какого-то наименования лекарства можно закрыть глаза. Если человек ответственный, он заметит пробел в своих знаниях, ему будет от этого неловко, неприятно, и он выучит всю необходимую информацию за достаточно короткое время.

Но когда нет способности услышать и понять, сотрудника не научишь ничему. Он все равно будет делать только так, как он считает нужным, т.е. смотреть на все «со своей колокольни». А в лечении пациента — даже в той его части, за которую отвечает фармацевт, безапелляционность попросту опасна.

Лекарственной помощи очень нужен диалог: между фармспециалистом и пациентом, между первостольником и заведующим, между врачом и аптекой...

Екатерина АЛТАЙСКАЯ



УЧЕБА И РАЗВИТИЕ — ТО, ЧТО НУЖНО КАДРАМ

Управление персоналом в любой компании — важный процесс, ведь от взаимоотношений в коллективе и навыков каждого сотрудника во многом зависит ее успех на рынке. В период пандемии в этот процесс приходится вносить коррективы, поскольку обучение и большая часть работы перешли в дистанционный формат, требующий иного подхода, нежели очный. То, как текущая ситуация сказалась на работе их компаний, эксперты обсудили на Третьей конференции «Практика управления персоналом в фармацевтических компаниях», организованной группой «Просперити Медиа» и порталом CFO-Russia.ru

ПАНДЕМИЯ ДИКТУЕТ СВОИ УСЛОВИЯ

Директор по персоналу, администрации и тренингу по России компании Sun Pharma

Юлия Хиванцева отметила, что главной задачей в прошлом году стало максимальное сохранение рабочих ресурсов. В период пандемии работа завода не прекращалась, офис был переведен на работу из дома, а привычные визиты медпредов заменились виртуальными. С 15 мая люди выходили на работу

«в полях» в тех местах, где снимались карантинные меры. Завод же перевыполнил план по выпуску продукции.



Юлия Хиванцева добавила, что компания наряду с другими предприятиями подключилась к поддержке работников здравоохранения, например, организовала горячее питание и дополнительные образовательные мероприятия.

Однако в этот период не обошлось без проблем. В частности дистрибуторская организация пострадала из-за дефектуры и отложенных лончей, т.к. некоторые препараты не получилось ввезти.

Еще одной сложностью был недостаток живого общения, поэтому сейчас в компании стараются поддерживать коммуникацию на высоком уровне.

ВНЕДРЯЕМ МАРКИРОВКУ: КАК ПОДГОТОВИТЬ ПЕРСОНАЛ

Руководитель службы персонала завода «Биосинтез» **Юлия Агашина** поделилась

опытом того, какие аспекты управления персоналом необходимо учитывать при внедрении маркировки лекарственных средств.

Эксперт напомнила, что для государства введение маркировки означает прежде всего контроль за оборотом и уход с рынка контрафакта. Граждане при этом получают возможность проверить препарат на подлинность с помощью бесплатного приложения «Честный знак». Бизнес может выходить на международный рынок и увеличить продажи.

Для внедрения системы производителям нужно было заказать оборудование и ПО, выяснить, на каких участках производства нужны новые люди, и учесть дополнительные расходы.

Пандемия внесла в эти процессы свои коррективы: из-за закрытия границ поставки оборудования задерживались, а иностранные специалисты по его наладке тоже не могли приехать.

Однако из плюсов — в компании были сотрудники, обладающие необходимыми техническими знаниями и уровнем владения английским языком, а спрос на продукцию в странах СНГ возрос.

При внедрении маркировки использовался Agile-подход. На первое место вышло удовлетворение потребностей заказчика (в данном случае это производство). Необходимо было обеспечить бесперебойную работу линий и быть готовыми изменять требования даже на поздних этапах проекта. За 3 мес. предстояло установить 15 линий, а в процессе реализации проекта приходилось адаптировать программное обеспечение и оборудование.

Была собрана проектная группа из инженеров, IT-специалистов, специалистов службы качества и, конечно, представителей производства, которые обязательно встречались два раза в день для обсуждения и внесения корректировок в проект. Самым важным стала реализация процесса в короткие сроки, без потери мощности и удобства конечного пользователя.

Кроме того, в ходе имплементации отслеживались объем производства, брака и виды ошибок, например, системные или человеческие, поддерживались контакты с другими предприятиями и обмен знаниями.

При внедрении маркировки эксперт советует определиться с ключевыми работниками, на которых будет возложена функция драйверов,

определить ключевые компетенции, требующиеся при внедрении, настроить прозрачную систему коммуникации и подготовить «почву» для работников. Не следует забывать общаться с другими компаниями и участвовать в вебинарах по внедрению маркировки.

УЧЕБА ОНЛАЙН: НОВЫЙ ФОРМАТ — НОВЫЕ ПРАВИЛА

Онлайн-обучение сегодня доказывает свою высокую эффективность и практичность, т.к. слушатели могут работать из любого места, выбирать канал коммуникации, а также посмотреть запись мероприятия, если есть необходимость.

С помощью современных инструментов его несложно внедрить, кроме того, оно, в отличие от очного, менее затратно. Однако эта форма получения знаний тоже требует особого подхода. Нельзя исключать технические проблемы, временные затраты для перенесения очных мероприятий в онлайн-формат, ограничение социального взаимодействия и рассеивание внимания аудитории.

Делясь опытом работы, руководитель отдела обучения и развития компании «АКРИХИН» **Ольга Польникова** обратила внимание на зада-



чи, которые решаются при обучении сотрудников в их компании. В первую очередь это развитие максимальной эффективности каждого и получение новых актуальных знаний и навыков. Не менее важны решение конкретных бизнес-задач и максимальные бизнес-результаты, а также профессиональный рост каждого сотрудника.

При прохождении курса всегда ставится конкретная цель, участники получают домашнее задание для подготовки на ту или иную программу или для воркшопа/ мастер-класса. Слушатели участвуют в различных обучающих и развивающих мероприятиях, для каждого человека разрабатывается индивидуальный план развития с выбором приоритетных областей, которые способствуют выполнению

поставленной перед сотрудником бизнес-задачи.

Чтобы узнать мнение участников о курсах, определить их уровень вовлеченности, ответить на вопросы и выявить возможные пробелы в знаниях, в компании в процессе обучения сотрудников проводятся опросы, несколько пост-тренинговых супервизий и мониторинг индивидуального плана развития.

Обучающие мероприятия длятся не более 2,5 часа в день, что позволяет сохранить внимание и интерес аудитории. Слушатели выполняют домашнее задание и регулярно проходят тестирование для выявления уровня знаний. Обучение проходит по модульной системе, программа предусматривает курсы не только по темам, связанным с фармотраслью. Менеджеры учатся навыкам фасилитации, а сотрудники медицинского отдела и маркетинга привлекаются в качестве экспертов и жюри на различные конкурсы и мероприятия.

По словам Ольги Польшниковой, онлайн-обучение положительно повлияло на квалификацию персонала: базовые навыки закрыты у всех сотрудников, ни у кого не произошел откат к начальному уровню. Кроме того, наблюдается рост профессионального уровня сотрудников.

Руководитель отдела обучения и развития персонала компании «Гедеон Рихтер Фарма» **Алла Великанова** подчеркнула, что переход



работы и учебы в онлайн, с одной стороны, дал нам много инструментов, с другой — многим поначалу он представлялся как нечто неизведанное, к чему необходимо быстро адаптироваться. Первые проблемы, с которыми довелось столкнуться многим, — плохое качество связи, отсутствие диджитал-навыков, недостаточность знаний о платформах и низкая техническая грамотность.

Какие ошибки при переводе учебных мероприятий в дистанционный формат наиболее распространены?

- Копирование методологии очного обучения в цифровое. Например, в офлайне значительное

количество времени приходится на знакомство и общение участников.

- В дистанционном формате все это происходит гораздо быстрее.
- Многочасовое цифровое обучение. Если обучающий курс занимает несколько часов в день, то внимание постепенно рассеивается.
- Монохромность цифрового контента. Он должен быть разным (фото, презентации, видеоролики), иначе внимание слушателя резко уходит.
- Низкая цифровая грамотность.
- Низкий уровень цифрового этикета.
- Неэффективная работа с аудиторией.
- «Водяной» контент, в котором мало полезной информации.
- Некорректное оценивание результатов и уровня знаний.

КОММУНИКАЦИЯ: ВАЖНЫ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ И ЖЕЛАНИЕ МЕНЯТЬСЯ

Руководитель отдела обучения и развития ФК Пульс **Владимир Камышов** рассказал о применении



опроса методом 360° для оценки работы персонала и определения областей развития работников. Этот метод заключается в оценивании конкретного сотрудника его рабочим окружением: руководителями, коллегами, подчиненными, иногда клиентами. Также опрос предусматривает блок самооценки. В ходе опроса оценивались управленческие навыки, hard skills, диджитальные навыки и soft skills. Шкала оценки предусматривала следующие варианты ответа: «Не знаю», «Никогда», «Иногда», «Часто» и «Всегда».

Итогом опроса стали индивидуальные отчеты. Теперь каждый сотрудник развивает компетенцию в ходе работы с помощью обратной связи от руководителя и коллег. В мае и декабре опросы проведут повторно, и программы развития будут скорректированы.

Основатель SFE Academy **Наталья Каширина** рассказала об организации работы медпредов



в период пандемии. Прежде всего потребовалось организовать цифровое рабочее место сотрудника, создать новые критерии оценки KPI и изменить бонусную схему, а также скорректировать компетенции и разработать единую цифровую платформу для оперативной аналитики. Для сохранения долгосрочных партнерских отношений клиентскую базу нужно было сегментировать по диджитальному поведению и подобрать для каждого из них эффективный канал коммуникации. Помимо этого большое внимание уделялось обучению сотрудников.

В рамках панельной дискуссии Юлия Хиванцева, генеральный директор компании «Альфасигма Рус»



Ольга Глазкова, директор по персоналу компании «Мерц Фарма» **Ольга Забира** и руководитель отдела обучения и развития персонала компании «Гедеон Рихтер Фарма» **Алла Великанова** поделились опытом организации работы

и поддержки сотрудников в период пандемии.

По словам Аллы Великановой, в период самоизоляции в компании были запущены несколько обучающих программ для медицинских представителей по различным тематикам.

Программы были добровольные, но практически все сотрудники приняли в них участие. Результатом такого обучения стал не только прирост по компетенциям, но и получение новых знаний и опыта.

Ольга Забира отметила, что фарминдустрия, хотя и пострадала от вынужденного ограниче-



ния и многих других факторов, которые возникли одновременно с «застоем», по сравнению с другими отраслями, не так кардинально. Это стало ясно к концу лета, а начиная с апреля важно было выстоять. Компания «ООО Мерц Фарма» время вынужденно-

го ограничения в передвижении использовала для обновления и углубления знаний по продуктам и для тестирования сотрудников, а также для общего повышения профессиональных знаний. Все встречи, совещания на этот период перешли в онлайн. Безусловно, люди волновались, так как сама ситуация была неординарна, поэтому еженедельно руководство компании выпускало письма в поддержку «боевого духа», поддержания рабочего настроения и дисциплины. Важно было удержать компанию в нужном состоянии, не потерять набранного рабочего темпа. Отделы писали отчеты об осуществляемых проектах. Активность была на высоте. Все это позволило компании выстоять, выплачивать зарплаты в полном объеме, сохранить рабочие места. Сотрудники это оценили, что отразилось на продуктивной работе с момента снятия ограничений.

Ирина ОБУХОВА



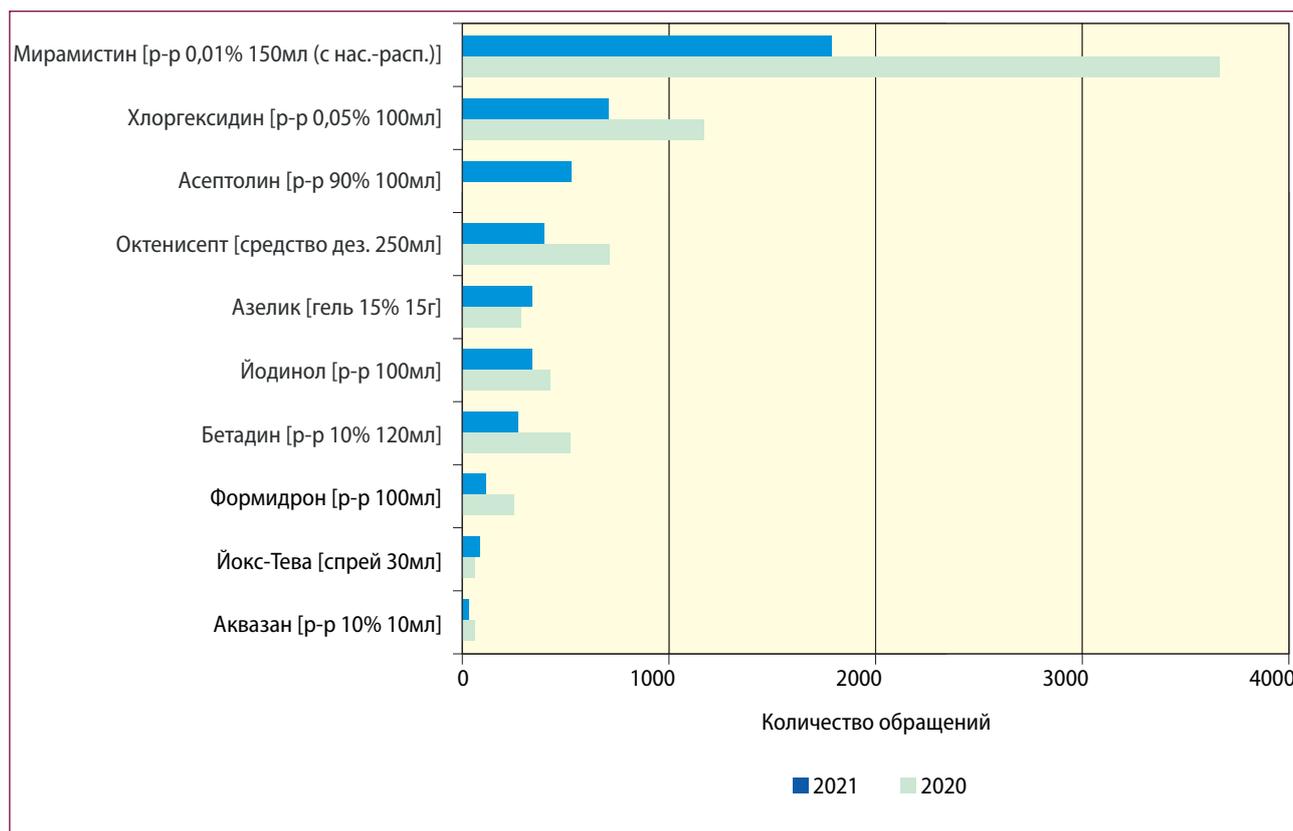
АНТИСЕПТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Антисептики (от греч. αντί «против» + σήπτικός «гноистый») — противогнилостные средства, предназначенные для предотвращения процессов разложения на поверхности открытых ран, например, в ранах, образующихся после больших операций или ушибов, или для задержания уже начавшихся изменений в крови.

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

На *рис. 1* представлено соотношение спроса в феврале 2021 г. в сравнении с аналогичным периодом 2020 г. Лидером спроса является препарат «Мирамистин».

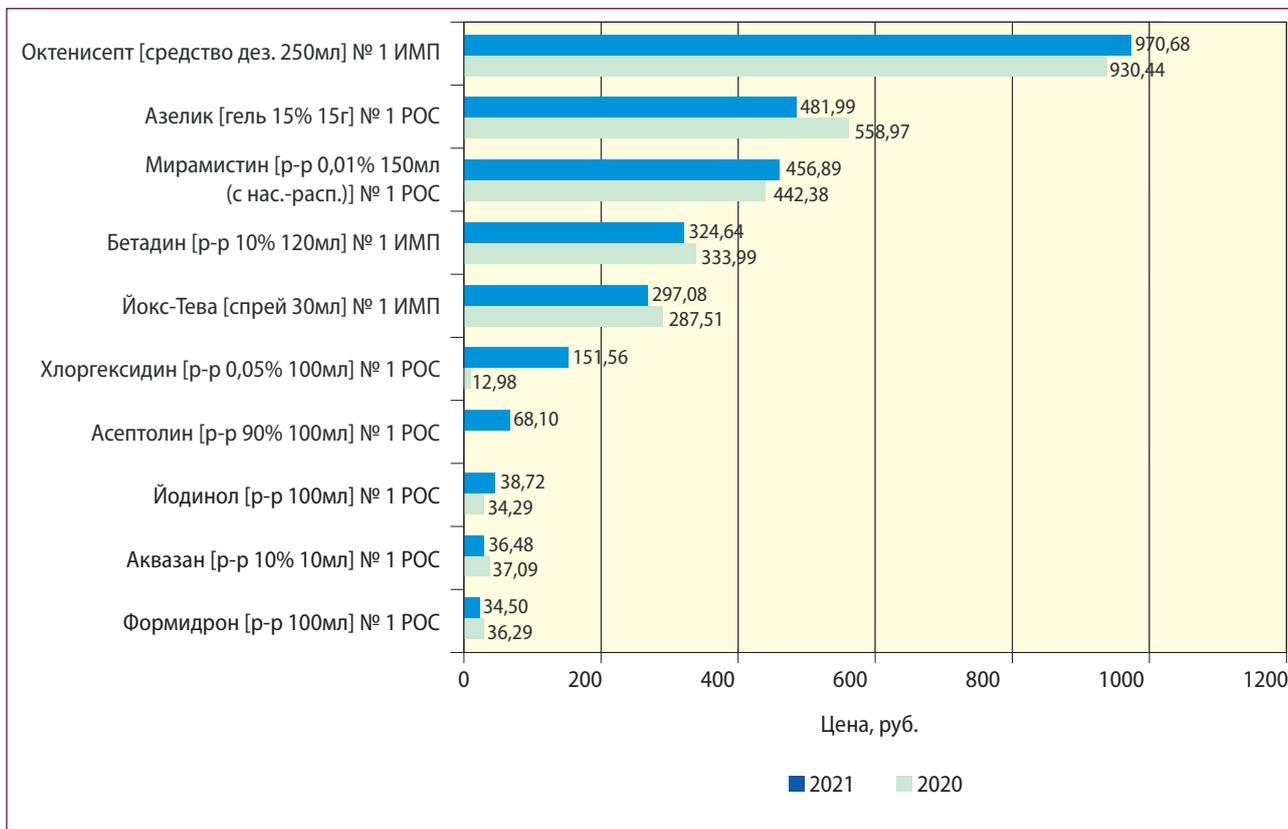
Рис. 1 СПРОС НА АНТИСЕПТИКИ В ФЕВРАЛЕ 2021 г. ПО СРАВНЕНИЮ С ТЕМ ЖЕ ПЕРИОДОМ 2020 г.



На *рис. 2* представлено соотношение средних розничных цен на антисептики в феврале 2021 г. в сравнении с аналогичным периодом прошлого года. В результате проведенного анализа можно отметить, что средние розничные цены на препараты этой группы в 2021 г. выросли (на 7%) по сравнению с 2020 г.

Рис. 2

**ЦЕНЫ НА АНТИСЕПТИКИ В ФЕВРАЛЕ 2021 г.
ПО СРАВНЕНИЮ С ТЕМ ЖЕ ПЕРИОДОМ 2020 г.**





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 5. SARS-COV-2 VS НОМО SAPIENS SAPIENS...

«Я призываю G20 заполнить брешь размером 28 млрд долларов в финансировании, необходимым для Инициативы по ускорению доступа к средствам для борьбы с COVID-19»

Обращение Генсека ООН к странам Большой двадцатки
(18 ноября 2020 г.)

Теперь мы с вами знаем: слово «сапиенс» в заголовке повторяется дважды, потому что дает обновленную научную трактовку цивилизационной идентификационной категории — человек разумный и современный, или — люди современного типа.

Воспользовавшись «тонким искусством пофигизма»^[1] современного и разумного человека, не всегда доверяющего маскам, санитайзерам и прочей, по словам недавнего руководителя одной сверхдержавы, «ерунде», коронавирус продолжает нащупывать «самое слабое звено» человеческой цивилизации в лице этих самых «антимасочников», «антипрививочников» и еще каких-либо «анти-», причем небезуспешно.

В результате за последнюю пару месяцев уровень смертности от коронавирусной инфекции в мире вырос на 60%, а в Европе — на целых 100%, что недавно констатировала глава технической группы подразделения чрезвычайных заболеваний ВОЗ **Мария Ван Керкхове**^[2].

Социально-экономические последствия пандемии коронавируса на этом фоне огромны и продолжают множиться, в результате мир может столкнуться с крупнейшим экономическим

спадом за последние 80 лет, заявил на форуме Нобелевской премии мира генеральный секретарь ООН **Антониу Гутерриш**.

Одновременно другая часть человечества, надеюсь, большая, развертывает масштабное наступление на «корону» по двум главным, параллельным, взаимосвязанным направлениям медико-фармацевтического мышления: научному — «оперативно-техническому» проникновению в среду SARS-CoV-2 с использованием современного инструментария с целью распознать его дальнейшие планы и намерения, и бизнес-технологическому — созданию платформ профилактических вакцин для остановки смертельного наступления, тоже с использованием новейших биотехнологических, фармакоэкономических, математических и иных средств. Рассмотрим эти направления поподробнее.

Чтобы подобраться к вирусу поближе, ученые обратились к теории так называемого нулевого пациента, т.е. первого заразившегося, с тем, чтобы путем генетического анализа проследить происхождение вируса через лиц, которые им заразились.

Эпидемиологические исследования позволяют идентифицировать людей, которые, возможно, заболели первыми и начали распространять болезнь, спровоцировав тем самым вспышку, что дает ключ к пониманию того, как, когда и почему пандемия началась. Анализируя сотни и тысячи геномов вируса из анализов пациентов, эпидемиологи пытаются установить, где началась вспышка заражения, как вирус перемещается с одного конца планеты на

другой, почему возрастные особенности, ареалы проживания, возможно, этнос могут оказывать существенное влияние на вероятность заражения и развитие болезни. Искусственный интеллект (ИИ) здесь — реальный помощник.

Зачем все это выяснять, и как вообще возник термин «нулевой пациент»?

Заметим — возник он совершенно случайно. Исследуя распространение ВИЧ-инфекции в США, в частности, в Лос-Анджелесе и Сан-Франциско в начале 1980-х, сотрудники Центров контроля и профилактики заболеваний (CDC) использовали букву «O» для обозначения случаев «за пределами штата Калифорния» (Outside the State of California). Эту букву в дальнейшем ошибочно приняли за число 0 — так и появился термин «нулевой пациент».

Известен ли сегодня нулевой пациент на планете или таковые в отдельных странах, регионах? И да, и нет.

Пока понятно лишь то, что первый заболевший(ая) — лицо китайского происхождения. До сих пор наиболее вероятной остается гипотеза ВОЗ о том, что вспышка коронавируса началась на оптовом рынке морепродуктов в Ухане, а сам вирус, очевидно, передался от животного человеку-хозяину, от которого потом началось его распространение среди остальных людей. Указанная гипотеза базируется на данных о том, что 27 пациентов из 41, попавших в больницу Уханя на ранних стадиях вспышки, «имели то или иное отношение к этому рынку»^[3].

Сегодня ВОЗ допускает существование нескольких нулевых пациентов с COVID-19, при этом «нулевым» случаем мог быть как человек, так и животное.

Директор программы ВОЗ по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения **Майкл Райан** полагает, что коронавирусной инфекцией первыми в мире могли заболеть сразу несколько человек, которые заразились от разных носителей в разное время и в разных местах, причем не исключено наличие у вируса «промежуточного хозяина»^[4].

Этой же гипотезы придерживается МИД Китая, о чем в первых числах нового года заявил глава внешнеполитического ведомства Ван И агентству Синьхуа^[5].

В середине января ВОЗ направила в Китай экспертов для выяснения причин коронавирусной инфекции.

Представитель ВОЗ Райан считает, что сегодня важно понять, каким образом вирус смог «прорвать барьер» между человеком и животным: если он способен распространяться среди последних, прирост заболевших среди людей неминуем. *«Совсем недавно мы уже наблюдали такую проблему, когда вирус начал передаваться от норок к человеку»*, — отметил Майкл Райан. Он также высказал предположение, что второй год пандемии может оказаться для человечества более тяжелым.

МУТАЦИИ, БУДЬ ОНИ НЕЛАДНЫ...

Американские ученые из Онкологического исследовательского центра Фреда Хатчинсона (Сиэтл, штат Вашингтон) обнаружили мутации вируса SARS-CoV-2, против которых антитела бесполезны: такие мутации распространились в Европе, в т.ч. локально в Дании и Нидерландах у норок и работников норковых ферм. В результате было выявлено 200 случаев заражения людей от норок новым видом ковида.

До сих пор, однако, доподлинно неизвестно, передался вирус от норок к человеку или наоборот, но правительство Дании решило, что речь идет о чрезвычайной ситуации и нужно действовать.

Дания — крупнейший в Европе производитель меха норки: из-за коронавируса правительство решило уничтожить всех зверьков, обитающих на зверофермах, — 17 млн. Дело в том, что вирус, которым норки заразились от человека, мутирует, и при контакте возвращается к человеку в измененном виде. Мутировавший коронавирус снижает способность к образованию антител и может представлять собой проблему создаваемым вакцинам.

Было установлено, что некоторые «европейские» мутации затрагивают белковую часть, которую вирус использует для того, чтобы проникнуть в клетки организма. *«Одна из таких мутаций маскировала вирус от всего коктейля антител, а некоторые другие ускользали выборочно от одного из трех антител»*, — сообщает журнал Nature.

Испытания проводились с помощью препаратов REGN-COV2 фармкомпания Regeneron Pharmaceuticals Inc. и LY-CoV016 от Eli Lilly, являющихся «коктейлями» из антител. Коктейль от Regeneron (комбинация моноклональных антител casirivimab и imdevimab), в частности, использовали при лечении американского президента Дональда Трампа в октябре, когда тот заболел COVID-19. С этим коктейлем связывают надежды на выработку «мгновенного» (хотя и непродолжительного) иммунитета при однократном введении.

11 ноября FDA выдала разрешение на применение такого коктейля в экстренных случаях для лечения COVID-19 легкой и средней степени тяжести у взрослых и детей: коктейль нельзя использовать госпитализированным пациентам или нуждающимся в кислородном пособии.

Как теперь известно, SARS-CoV-2 мутирует примерно два раза в месяц, что существенно не влияет на его распространение, но помогает биологам-детективам понять, как вирус перемещался, и составить своеобразные «семейные древа». Это дополняет данные традиционного эпидемиологического подхода, который заключается в поиске инфицированных пациентов и установлении их сети контактов путем опроса. Судя по полученным сведениям, например, текущая ситуация в Европе и США объясняется тем, что вирус, по-видимому, распространялся среди сообществ там в течение многих недель, прежде чем был обнаружен.

По сообщению журнала Nature, ученым удалось изучить геном коронавируса из образцов, взятых у 46 тыс. пациентов из 99 стран, в результате чего обнаружилось 12 тыс. различных мутаций. Ни одна из них не привела к ускорению распространения SARS-CoV-2, большинство вообще были нейтральными, но территориальные и возрастные (возможно, этнические) особенности подтвердились^[6]. Именно в процессе этого исследования удалось обнаружить мутацию коронавируса, позволяющую ему обходить антитела человека.

Немецкий эпидемиолог **Александр Кекуле** пришел к заключению, что в настоящее время в мире распространяется итальянский генетический вариант (штамм) коронавируса, мутировавший на севере страны из-за того, что в Европе

не обратили должного внимания на опасность инфекции.

«Стартовый выстрел» для глобальной пандемии был сделан в Северной Италии», — резюмировал ученый. Он пояснил, что более чем в 99% случаев заражения пациентов поражающий штамм, возникший в результате мутации на севере Италии. При этом, подчеркнул Кекуле, возбудитель COVID-19 — вирус SARS-CoV-2 — впервые появился все-таки в Ухане.

Об очередной мутации объявил 19 декабря премьер-министр Великобритании **Борис Джонсон**. Британскому правительству пришлось из-за этого изменить правила карантина на рождественский период и существенно ужесточить ограничения, введя третий по счету локдаун. Новый штамм, который получил название VUI-202012/01, был впервые выявлен в середине сентября, сообщила ВОЗ.

По данным британских исследователей, сейчас наибольшее беспокойство ученых вызывают изменения в спайковом белке мутации — той части вируса, которая позволяет ему проникать в клетки легких, горла и носовой полости, взаимодействуя с рецептором ACE-2: данная мутация может усилить способность вируса взаимодействовать с ACE-2. От других генетических вариантов новый штамм отличают 17 устойчивых мутаций^[7].

Более подробно об этом рассказал британский министр здравоохранения **Мэтт Хэнкок** в ходе выступления в нижней палате парламента^[8]. По его словам, новая разновидность распространяется быстрее уже известных вариантов и, как отметил профессор **Ник Ломан** из британской медицинской Ассоциации по расшифровке генома нового коронавируса (Covid-19 Genomics UK Consortium), является более контагиозной. Глава британского минздрава сообщил также, что подобные разновидности инфекции зарегистрированы и в ряде европейских государств, а также в ЮАР, Австралии, Японии, Сингапуре, Вьетнаме, Таиланде и даже Китае — всего более чем в 50 странах: власти проинформировали ВОЗ о новом варианте вируса.

Главный санитарный врач Англии и советник британского правительства по медицине **Крис Уитти** подтвердил, что новый штамм коронавируса COVID-19 имеет способность распространяться быстрее, чем «привычный» SARS CoV-2,

и потенциально может привести к росту числа случаев заболевания и смертности. Однако ученые не располагают данными о более тяжелом течении болезни, вызываемой вирусом нового типа, нет также оснований для выводов о невосприимчивости новой вариации инфекции к производимой вакцине от коронавируса.

К такому же выводу пришла ВОЗ, подтвердившая отсутствие доказательств, что новый штамм коронавируса COVID-19 усиливает тяжесть течения заболевания, о чем заявил один из директоров ВОЗ Майкл Райан.

В середине ноября ученые из университета Северной Каролины и Висконсинского университета в Мэдисоне описали еще один штамм вируса, который появился в Европе еще весной и получил название D614G. По их данным, он передается и размножается быстрее, чем штамм китайского происхождения, который распространялся в начале пандемии. Вместе с тем в ходе испытаний на животных было установлено, что новый штамм не ведет к более тяжелому заболеванию, он более чувствителен к вакцинам и препаратам на основе антител.

«Тот вирус, который сейчас циркулирует, — не тот, что циркулировал, допустим, в начале года. Потому что практически во всех странах популяция вируса сменилась», — прокомментировал ситуацию американский вирусолог Константин Чумаков. По его мнению, мутации, изменившие свойства вируса и сделавшие его менее опасным и смертельным, возникли значительно ранее — это нормальный для вирусов процесс^[9].

Константин Чумаков, американский вирусолог российского происхождения, заместитель директора по научно-исследовательской работе отдела по изучению и экспертизе вакцин центра оценки и изучения биологических препаратов FDA. Сын выдающего советского вирусолога М.П. Чумакова, чьим именем назван Федеральный научный центр исследований и разработки иммунобиологических препаратов, окончивший МГУ им. М.В. Ломоносова: в США с 1989 г. Он является членом глобальной вирусологической сети (GVN), советником ВОЗ, адъюнкт-профессором в университете Джорджа Вашингтона, консультантом в Министерстве здравоохранения и социальных служб США.

Его брат, Петр Чумаков — советский и российский молекулярный биолог, специалист

в области молекулярной биологии рака, член-корр. РАН, заведующий лабораторией пролиферации клеток Института молекулярной биологии им. В.А. Энгельгардта РАН, полагает, что если человек контактирует с больными коронавирусом, но не заражается, то он, вероятно, имеет Т-клеточный иммунитет после другого перенесенного вирусного заболевания. *«Если человек ранее переболел другим коронавирусом, возможно у него остались Т-клетки, клеточный иммунитет, который узнает и этот новый вирус тоже. Поэтому они (клетки) защищены от повторного заражения. Таких людей в мире примерно 10–15%»,* — объяснил Петр Чумаков^[10].

Этой блестящей династии ученых-первопроходцев — Чумаковых — мир обязан многим: их отец, глава дружной семьи научных работников (жена, 5 сыновей и 2 дочери) — Михаил Чумаков, лауреат Сталинской премии первой степени за работы по клещевому энцефалиту, создавший Институт полиомиелита и вирусных энцефалитов, которым руководил с 1955 по 1972 г. Благодаря его трудам Советский Союз стал первой страной, где началось массовое производство высокоэффективной инактивированной вакцины, позволившей через несколько лет практически ликвидировать полиомиелит в нашей стране.

За цикл работ по полиомиелиту в 1963 г. М.П. Чумаков совместно с А.А. Смородинцевым был удостоен Ленинской премии. Вакцина, производимая в институте им. М.П. Чумакова, экспортировалась в более чем 60 стран мира и помогла ликвидировать крупные вспышки полиомиелита в Восточной Европе и Японии.

И сегодня Федеральный научный центр исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М. П. Чумакова РАН — мировой авторитет в производстве иммунобиологических препаратов, экспортирующий вакцины против желтой лихорадки в более чем 50 стран (40% мировых поставок): это единственная производственная площадка в России, аккредитованная ВОЗ. Центр разработал третью отечественную вакцину — КовиВак, созданную на основе инактивированного коронавируса (цельновирионная вакцина).

Заметим: с введением этой вакцины в гражданский оборот граждане России получают уникальную возможность выбора самостоятельно

или по рекомендации врача одной из трех вакцин с различными технологическими платформами (или последовательной вакцинации разными вакцинами).

В конце декабря прошлого года в Южно-Африканской Республике обнаружена мутация нового коронавируса, получившая название «501.V2», обладающая способностью выявлять слабые места иммунной системы каждого отдельного человека, что резко повышает агрессивность инфекции и вероятность повторного заражения. Об этом заявила в интервью местному телеканалу eNCA генеральный директор совета по медицинским исследованиям ЮАР **Гленда Грей**.

«Ученые установили, что вирус-мутант 501.V2, попадая в организм человека, считывает его индивидуальный иммунный ответ и пытается найти слабые места, — отметила она. — В результате можно ожидать, что в течение короткого времени этот вариант COVID-19 даст целую группу агрессивных штаммов коронавируса, т.к. он изменяется с каждым новым перемещением между людьми»^[11].

Одновременно врачи больниц Кейптауна зафиксировали большую долю молодых пациентов без сопутствующих заболеваний, которые попадают в больницы в критическом состоянии.

В новогоднюю ночь отмечен первый случай заражения новым штаммом коронавируса из ЮАР во Франции, добавив властям республики новую головную боль, о чем сообщил телеканал BFM со ссылкой на минздрав республики.

Вирус был завезен из Южной Африки вернувшимся туристом, проживающим в провинции Верхний Рейн, неподалеку от границы со Швейцарией. По прибытии из ЮАР у него появились симптомы COVID-19: сданный в Швейцарии ПЦР-тест дал положительный результат. Медики секвенировали вирус и обнаружили, что это новый штамм, выявленный в Южной Африке и являющийся сегодня причиной большинства заболеваний в стране^[12].

Наконец, в середине января Министерство здравоохранения, труда и благосостояния Японии сообщило о новом штамме коронавируса у четырех человек, вернувшихся из Бразилии. Специалисты отметили его схожесть по высокой контагиозности со штаммами из Великобритании и ЮАР и проинформировали об этом ВОЗ^[13].

Не исключил появление и «русского» варианта коронавируса, схожего с «британским», директор Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи (разработчик векторной двухкомпонентной вакцины от коронавируса «Спутник V» — *гамКОВИДвак*) **Александр Гинцбург**, комментируя описание случая пациентки 47 лет с диагнозом «неходжкинская диффузная В-клеточная лимфома IV стадии В» (злокачественное новообразование), заразившейся коронавирусом в больничной палате при прохождении курса химиотерапии весной этого года, внутри организма которой коронавирус «создал» 18 новых мутаций^[14].

По данным Роспотребнадзора, в России выявлено почти полторы тысячи мутаций коронавируса^[15].

Изложенное демонстрирует понятную озабоченность мировой науки настойчивыми «биопохождениями» SARS-CoV-2, а также акцентирует внимание на скорейшей их расшифровке в интересах сохранения здоровья человечества и перспектив его дальнейшего развития.

На фоне активного «выступления» «команды» патогенных возбудителей инфекционных болезней в конце предыдущего столетия и начале текущего, в мире сложились признанные высококомпетентные медико-фармацевтические школы (фармацевты, биотехнологи, инфекционисты, эпидемиологи, вирусологи и др.), способные не только расшифровать замысловатые структуры патогенов, но и предложить способы их профилактики, нейтрализации и уничтожения: только в нашей стране таких многолетних школ не менее пяти. Центр им. Н.Ф. Гамалеи — одна из них.

Представитель ВОЗ в России **Мелита Вуйнович**, выражая мнение этой всемирной организации, подчеркивает, что **«вакцинация не лечит, а предупреждает»**. Это означает — одной лишь вакцинацией борьба с пандемией не ограничится, требуется комплексный, многоуровневый подход: новые лекарственные препараты, соответствующие медицинские технологии, другие стереотипы поведения, иные властные алгоритмы, полномочия и т.д. и т.п.

Коронавирус, скорее всего, станет эндемиком, и человечеству придется научиться жить рядом с ним. Об этом заявил

эксперт ВОЗ, профессор **Дэвид Хейманн**. «Судя по всему, SARS-CoV-2 станет эндемичным, как и четыре других коронавируса человека», — указал он^[16]. По мнению специалиста, вирус продолжит мутировать по мере размножения в клетках человека, особенно в регионах, где заболевание распространилось особенно широко.

Ученые пришли к выводу, что вакцины не смогут спасти мир от пандемии в ближайшее время: подобное заключение сделала Австралийская академия здравоохранения и медицинских наук (AAHMS). Из ее выводов следует: даже если вакцины показывают высокую эффективность, безопасность и иммуногенность, их производство, транспортировка и применение требуют колоссальных организационных и технологических усилий, финансовых вливаний, а главное — доверия населения. Поэтому массовая вакцинация станет возможной не ранее, чем через год, и то лишь в случае выхода на фармацевтический рынок миллиардов доз апробированных вакцин с учетом необходимости их повторной (возможно, многократной) вакцинации.

И если для ускорения доступа к средствам для борьбы с COVID-19 требуется, по мнению генсека ООН, 28 млрд долл., то стоимость глобальной вакцинации сегодня ориентировочно оценивается минимум в 500 млрд долл. и может занять до 5 лет: на первом этапе она обойдется примерно в 180 млрд при средней цене дозы для двухразового введения (пока Sputnik V, AstraZeneca-Oxford, Pfizer-BioNTech, Moderna, Sinopharm) ~20 долл. для 60% населения (4,5 млрд человек) с целью достижения планетарного популяционного иммунитета.

Международная ассоциация воздушного транспорта (IATA) подсчитала, что для поставок вакцины от коронавируса COVID-19 по всему миру, потребуется эквивалент примерно 8 тыс. большегрузных самолетов типа Boeing 747, что может стать «крупнейшей отдельной транспортной задачей в истории»^[17].

Другая критическая проблема вакцинации — организация и финансирование холодной цепи в региональном и глобальном масштабах.

Вакцинация от COVID-19 для жителей многих стран будет бесплатной: тем, кто пожелает прийти за свой счет, предстоит смотреть не на цену, а на технологию (медицинскую).

Президент Международной ассоциации специалистов в области инфекций, экс-главный внештатный специалист Минздрава РФ по инфекционным заболеваниям **Ирина Шестакова** считает, что ситуацию с COVID-19 в мире, возможно, удастся переломить «в ближайшие годы 2–2,5», причем это станет достижимым лишь при массовой вакцинации населения и создании эффективных лекарств против COVID-19^[18].

Масштабный кризис прервал многолетний прирост богатства в мире, отбросил большинство стран на несколько лет назад и уже обошелся налогоплательщикам в 12 трлн долл. Финансировать антикризисные меры придется и дальше, несмотря на значительное сокращение привычных доходов: мир недосчитается как минимум 28 трлн долл. за пять лет, подсчитал МВФ^[19].

Потери российской экономики могут составить 9 трлн руб.^[20]

Именно поэтому специалисты не устают повторять: дальнейшее соблюдение мер разумной предосторожности необходимо, чтобы сдерживать распространение вируса, — это, как известно, социальная дистанция, карантин, самоизоляция, ношение масок, всеобщее тестирование и правильно организованная массовая вакцинация.

Подробнее о «вакцинной» гонке на планете в следующем номере.

- [1] <https://www.litres.ru/mark-menson/tonkoe-iskusstvo-pofigizma/>
- [2] <https://news.rambler.ru/organization/voz/>
- [3] <https://www.bbc.com/ukrainian/vert-fut-russian-51769396>
- [4] <https://www.rbc.ru/society/23/11/2020/5fbc06e19a7947b7e29be37a>
- [5] https://www.rbc.ru/rbcfree/news/5ff072239a7947896c392006?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop
- [6] <https://www.rbc.ru/society/05/12/2020/5fcb06a9a794753b06882ea>
- [7] <https://www.rbc.ru/newspaper/2020/12/22/5fe06eb19a7947761f7df07a>
- [8] https://rg.ru/2020/12/14/v-britanii-vyjavili-novyyj-shtamm-koronavirusa.html?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop
- [9] <https://www.rbc.ru/politics/22/08/2020/5f3e881a9a794777c2b62624>
- [10] https://yandex.ru/turbo/ura.news/s/news/1052463443?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop
- [11] <https://tass.ru/obschestvo/10346823>
- [12] <https://www.rbc.ru/society/31/12/2020/5fee27d79a7947151cd070ee>
- [13] <https://www.kommersant.ru/doc/4640299>
- [14] <https://iz.ru/1110040/anna-urmantceva/shtammovoe-preduprezhdenie-vyjavlen-rossiiskii-variant-koronavirusa>
- [15] https://ria.ru/20210115/koronavirus-1593147223.html?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop
- [16] <https://www.rbc.ru/rbcfree/news/5fec0c9b9a79470eeac9d0d0>
- [17] <https://www.kommersant.ru/doc/4502925>
- [18] <https://www.rbc.ru/rbcfree/news/5ff2943a9a7947f435a9c08d?from=ewsfeed>
- [19] <https://www.bbc.com/russian/features-54960982>
- [20] https://www.ng.ru/health/2021-01-19/8_8060_health2.html



ВОЗМОЖНОСТИ БЮДЖЕТА И ПОТРЕБНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Вопросы финансирования здравоохранения в Российской Федерации остаются крайне актуальными на протяжении уже многих лет. Минздравом России подготовлены Рекомендации по способам оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в т.ч. клинико-статических групп болезней (КСГ).

Это стало и темой для обсуждения участников VII межведомственной конференции «Финздрав», прошедшей на этот раз в смешанном формате офлайн/онлайн.

С 2021 г. в стране вступили в силу изменения, касающиеся принципов и норм финансового обеспечения оказания медицинской помощи населению. Некоторые новшества также находятся на завершающей стадии разработки и принятия.

В наступившем году полномочия по изданию ряда нормативно-правовых документов (Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, Форма договора и др.) перейдут от ФФОМС к Минздраву России. Совсем недавно оба ведомства утвердили Методические рекомендации по способам оплаты медпомощи за счет средств ОМС в 2021 г.

НЕОБХОДИМО ДЛЯ ДЕТАЛИЗАЦИИ ВАРИАНТОВ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ

О предстоящих изменениях рассказывала начальник Управления модернизации системы ОМС Федерального ФОМС **Ольга Владимировна Царева**.

Во-первых, это перевод на подушевой норматив финансирования профилактических мероприятий — профосмотров и диспансеризаций. В рамках подушевого норматива будут также оплачиваться телемедицинские технологии. Такие мероприятия, как отдельные диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования, а также финансовое обеспечение ФАПов, как и в 2020 г. останутся за пределами подушевого финансирования.

Другим новшеством 2021 г. является выделение норматива финансовых затрат на тестирование выявления новой коронавирусной инфекции.

Как заявила О.В. Царева, эти концептуальные нововведения обеспечат несколько измененные



подходы к формированию территориальных программ в регионах и их финансовое обеспечение: *«Новой программой государственных гарантий в 2021 г. будут предусматриваться отдельные установления объемов и нормативов финансовых затрат на оказание стационарной и специализированной медицинской помощи для федеральных учреждений. Эти объемы исключены из финансовых субвенций регионов и будут финансироваться непосредственно за счет средств ФФОМС. Однако амбулаторная и скорая медицинская помощь будут по-прежнему финансироваться за счет средств территориальных программ. При необходимости финансирование федеральных клиник также может осуществляться в рамках территориальных программ, даже если речь идет о специализированной и экстренной медицинской помощи, в случае если у федеральных клиник не хватает собственных мощностей для обеспечения гарантий граждан и если они полностью встроены в маршрутизацию».*

В новой Программе государственных гарантий оказания медицинской помощи появится порядок формирования тарифов федеральных учреждений, а также Приложение с перечнем заболеваний и состояний, которое включает в т.ч. распределение по КСГ (стационар/дневной стационар), по профилям и в разрезе КСГ. Если ранее это приложение было ключевым в Методических указаниях по способам оплаты, то после включения этого документа в новую Программу госгарантий он будет единым для всех регионов страны и для федеральных государственных учреждений.

О.В. Царева рассказала и об изменениях в подходах к КСГ. По ее словам, их количество в 2021 г. будет существенно расширено (с 364 до 387). Наибольшие изменения с точки зрения перегруппировки претерпела онкология. *«Это необходимо для детализации вариантов схем лечения (1324 — в 2021 г.), а также связано с расширением линейки препаратов (преимущественно из перечня ЖНВЛП). Лекарства не-ЖНВЛП также могут применяться при лечении, однако они будут кодироваться как «прочие схемы» во избежание роста назначений препаратов, на которые не установлен государственный надзор по ценообразованию».*

Еще одной особенностью 2021 г. является изменение подходов к расчету противоопухолевой лекарственной терапии. Новшество предполагает применение всех поправочных коэффициентов только к доле заработной платы и прочих услуг, и эти доли в разрезе КСГ также будут установлены в рамках новой Программы государственных гарантий.

О.В. Царева упомянула также о расширении и детализации КСГ, связанных, в частности, с ЭКО (увеличение с одной до четырех групп), медицинской реабилитацией пациентов после орто-онкологических операций и операций на молочной железе, с лечением инфаркта (с применением тромболитической терапии), а также за счет выделения пяти групп КСГ для лечения COVID-19.

Одним из ключевых новшеств, по словам О.В. Царевой, стало увеличение количества КСГ для лечения взрослых пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей. В этом году количество КСГ в круглосуточном стационаре для онкогематологических пациентов расширено до 13 групп, а для дневного — до 16 групп. Все эти группы дифференцированы как по длительности лечения, так и по перечням лекарственных препаратов в зависимости от применяемых схем лекарственной терапии.

Вопросы качественной терапии онкогематологических заболеваний и повышение показателей выживаемости пациентов давно находятся в зоне пристального внимания медицинского сообщества и государства. За несколько последних лет в области оплаты медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС произошло беспрецедентное увеличение объемов финансирования лечения больных данного профиля, и большая часть этих финансовых средств была направлена именно на обеспечение лекарственной терапии. В целом от объема финансового обеспечения территориальной программы ОМС, в т.ч. за счет погружения значительных средств из федерального бюджета, расходы на онкологию достигали 10% от общего объема финансирования базовой программы ОМС.

УДАЛОСЬ УБЕДИТЬ МИНЗДРАВ В НЕОБХОДИМОСТИ ПЕРЕСЧЕТА ТАРИФОВ

«До 2020 г. в онкогематологии существовало всего три КСГ, в рамках которых оплачивалась вся онкогематологическая помощь. Фактически в одном профиле сосуществовали совершенно разные подходы к оплате случаев госпитализации, — рассказала **Мария Владимировна Сура**, доцент кафедры экономики, управления и оценки технологий здравоохранения ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. — Сложилась ситуация, когда оплата не соответствовала текущей практике ведения пациентов. Благодаря инициативе профессионального сообщества удалось убедить Минздрав в необходимости пересчета тарифов и пересмотра коэффициентов затратоемкости в онкогематологии, а также переориентации этой системы на клинические рекомендации».

Значительный рост количества публикаций и утверждений клинических рекомендаций по взрослой солидной онкологии и онкогематологии стал причиной обоснования увеличения финансирования онкологического профиля и пересмотра всей системы оплаты медицинской помощи по КСГ в онкологии.

«Процесс оплаты лекарственной терапии в онкологии происходит сегодня по КСГ, формируемых на основе клинических рекомендаций. Эта система сегодня уже существует. Однако гармонизация КСГ и клинических рекомендаций требует времени, — сказала М.В. Сура. — Когда мы говорим о расчете системы КСГ на основании клинических рекомендаций, необходимо понимать, что данная система не может быть универсальной. Разработать клинические рекомендации про всему спектру МКБ, который включен сегодня в систему оплаты, нереально. Но использовать ее для обсчета дорогостоящей лекарственной терапии вполне оправданно. Однако в расчетах мы часто видим, что та финансовая потребность, которая формируется на основе клинических рекомендаций, не может быть сегодня в полной мере обеспечена финансовыми возможностями системы».

О ГАРАНТИЯХ ЛЕКОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ БОЛЬНИЦЫ

Довольно часто многие пациенты жаловались на то, что после выписки из больницы они не могли получать те же лекарственные средства, которые предоставлялись им в стационаре. Как правило, в амбулаторном звене происходила замена на более дешевый препарат с тем же международным непатентованным наименованием. Однако не всех пациентов устраивала такая замена. Люди жаловались на снижение эффективности терапии, ухудшение самочувствия и порой отказывались от лекарств с другим торговым наименованием. Данная проблема приобрела особую актуальность в такой сфере здравоохранения, как онкология.

О том, как обеспечить преемственность лекарственной помощи при переходе пациента со стационарного на амбулаторный уровень, рассказал **Александр Валерьевич Петровский**,



доцент кафедры онкологии Института клинической медицины Сеченовского университета, заместитель директора по образовательной деятельности НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина. Он считает, что «необходимо упростить процедуру отпуска пациентам онкологических лекарств для их амбулаторного приема». Тем более, учитывая, что пандемия новой коронавирусной инфекции обострила проблему амбулаторного лечения.

В июне 2020 г. было принято постановление Правительства РФ №965 «О внесении изменений в Правила формирования перечня лекарственных средств, закупка которых осуществляется в соответствии с их торговыми наименованиями, и о применении лекарственных препаратов с конкретными торговыми наименованиями». В нем говорится, что в случае принятия врачебной комиссией медицинской организации решения о назначении препарата по торговому наименованию, который применялся в стационарных условиях, иными медицинскими

организациями обеспечивается преемственность в его назначении и применении при дальнейшем лечении этого пациента, в т.ч. в амбулаторных условиях.

«Онкологическое экспертное сообщество выступило с рекомендацией обратить внимание ФОМС на то, чтобы в определенной степени упростить получение пациентами противоопухолевых препаратов в согласованном с лечащим врачом объеме для курсового этапного лечения и самостоятельного приема в домашних условиях без обязательного нахождения на территории стационара либо с регулярными визитами к специалисту, либо с дистанционным наблюдением пациента», — говорит А.В. Петровский.

Новые подходы к финансированию оказания онкологической помощи потребовали принятия новых нормативных актов, регулирующих оказание такой помощи. В 2020 г. был разработан проект приказа Минздрава РФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях». В нем решено отказаться от первичных онкологических кабинетов, которые зачастую существовали лишь на бумаге. Первичную онкологическую помощь теперь планируется оказывать в центрах амбулаторной онкологической помощи, а в случае их отсутствия — в кабинетах первичной онкологической помощи медицинских организаций или поликлинических отделений онкологических диспансеров и больниц.

«В проекте нового приказа более четко прописан состав онкологического консилиума, определяющего тактику лечения, в который должны входить помимо врачей-онкологов и радиотерапевтов, другие врачи из медицинских организаций, в составе которых функционируют отделения хирургических и лекарственных методов лечения злокачественных новообразований, а также отделения радиологии. Также определена возможность применения телемедицинских технологий в работе консилиумов», — сказал А.В. Петровский.

«Кроме того, предусмотрено существование референс-центра. В диагностически сложных случаях в целях проведения оценки, интерпретации и описания результатов врач-онколог организует направление цифровых изображений, полученных по результатам

патоморфологических и лучевых методов исследований, а также биопсийного материала для повторного проведения патоморфологических, иммуногистохимических, цитологических и молекулярно-генетических исследований. В ряде случаев предусмотрено обязательное проведение телемедицинских конференций с НМИЦ онкологии», — добавил эксперт.

В проекте приказа уточнены минимальные требования к отделениям противоопухолевой лекарственной терапии в онкодиспансерах и медицинских организациях: более четко определены их функции, коечная мощность (20–50 коек), обязательное наличие отделения реанимации и интенсивной терапии, дневной стационар может быть как отдельным отделением, так и находиться в составе круглосуточного стационара и другие требования.

О ДОСТАВКЕ НУЖНЫХ ГЕНОВ ПРЯМО В КЛЕТКИ И ТКАНИ



Мария Владимировна Авксентьева,

ведущий научный сотрудник Центра оценки технологий в здравоохранении РАНХиГС, убеждена, что «оплата должна быть привязана к конкретным схемам лекарственной терапии», и ее выступление было посвящено тому,

какие подходы существуют сегодня к оплате медицинской помощи с применением генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП).

Технический прогресс не стоит на месте: доставка нужных генов прямо в клетки и ткани организма или их направленное редактирование позволяет «починить» неисправные молекулярные процессы, что дает в сравнении с традиционной фармацевтикой принципиально новые возможности для терапии ранее неизлечимых болезней. Очевидно, что в будущем генно-инженерная биологическая терапия займет важнейшее место в арсенале медиков.

Она напомнила, что в России для оплаты применения ГИБП существуют специально выделенные КСГ. Они были разработаны еще на этапе

пилотного проекта и коэффициенты затратоемкости для них с тех пор не пересчитывались. При этом ассортимент лекарственных препаратов, которые могут применяться в рамках этих КСГ, существенно расширился. Также выросло и количество диагнозов, при которых показано применение таких лекарственных препаратов.

Если исходить из существующих сегодня нормативов, установленных в 2020 г., усредненный тариф для каждой из КСГ составляет примерно 120 тыс. руб. Речь идет о сумме на одно применение препарата. Поскольку большая часть препаратов, включенных в КСГ, вводятся с определенным временным интервалом, действует правило: одна госпитализация — одно введение.

«По КСГ может быть оплачено достаточно большое число разных случаев. Это и лечение бронхиальной астмы с применением препаратов для лечения обструктивного заболевания дыхательных путей, лечение ревматоидного артрита, псориаза, воспалительных заболеваний кишечника, а также атеросклероза конечностей и других заболеваний. Также по этой группе оплачивается иммунизация маленьких детей против РСВ инфекций, — объяснила М.В. Аксентьева.

Основными критериями отнесения случаев к данной КСГ являлась комбинация кода диагноза по МКБ и услуги из Номенклатуры медицинских услуг. Услуга также кодирует назначение лекарственной терапии, при этом название услуги фигурирует как показание к назначению лекарственной терапии, так и группы лекарственных препаратов, названных по анатомо-терапевтической химической классификации ВОЗ. В 2020 г. в эту группу был добавлен «иной классификационный критерий pbt», применяемый для случаев назначения ЛП, не имеющих соответствующих кодов. Тем не менее эти препараты включены в перечень ЖНВЛП и должны иметь соответствующие показания в Инструкции по их применению.

В 2020 г. в рассматриваемые КСГ были добавлены новые диагнозы, которые могут служить классификационными критериями, в т.ч. в комбинации с «иным классификационным критерием pbt». При этом обозначение услуги в реестре счетов не требуется.

«Стратегически оптимальным является вариант, при котором кодирование в системе КСГ осуществляется по комбинации диагноза и конкретной схемы лекарственной терапии. В перспективе все КСГ, которые построены по критерию лекарственной терапии, должны быть сформированы таким образом, — говорит М.В. Авксентьева. *— Другими словами, оплата должна быть привязана к конкретным схемам лекарственной терапии, поскольку в таких группах именно конкретный лекарственный препарат определяет общий уровень затрат на лечение. Если в одну КСГ попадают лекарственные препараты с очень разной стоимостью, это делает применение усредненного тарифа не вполне обоснованным».*

По мнению Авксентьевой, применение новых ГИБП за счет уменьшенной частоты их введения может существенно снизить количество госпитализаций, позволит в конечном итоге пролечить большее количество пациентов, а перераспределение расходов от дешевых случаев в сторону дорогих даст медицинским организациям возможность использовать весь имеющийся ассортимент ЛП без превышения тарифов и установленных объемов средств, которые выделяются системой ОМС.

Сотрудник Центра оценки технологий в здравоохранении РАНХиГС М.В. Авксентьева также высказала мнение, что существующая система КСГ оставляет широкие возможности для региональной адаптации, т.е. их разгруппировки с учетом имеющихся в регионах предпосылок, в т.ч. по стоимости и дозировкам препаратов.

О ФОРМИРОВАНИИ СОБСТВЕННОЙ МОДЕЛИ ОПЛАТЫ

О том, как на практике осуществляется разгруппировка КСГ, в т.ч. ГИБП, рассказал заместитель директора ТФОМС Свердловской обл. по медико-экспертной работе **Дмитрий Александрович Третьяков**. Свердловская область уже на протяжении 6 лет работает над формированием собственной модели оплаты медицинской помощи, в которой лидирующими профилями были те, где доля лекарственной составляющей КСГ была максимальной. В частности, экспертным

сообществом была проведена работа по группировке 13 уникальных профилей заболеваний, наиболее влияющих на инвалидизацию и смертность населения в субъекте. Это относится и к лечению пациентов с применением ГИБП. Если в 2014 г. в модели оплаты применялась лишь одна КСГ, то к 2020 г. число КСГ составило 24. При этом тарифы в них дифференцированы исходя из курсовой стоимости препарата, а в ряде случаев — исходя из курсовой дозировки.

Как рассказал Д.А. Третьяков, число медицинских организаций, которые оказывают помощь с применением ГИБП в Свердловской обл. растет. Если раньше таких медицинских организаций было всего 18, то на сегодняшний день их количество возросло до 33. *«Связано это с широким спектром применения, высокой эффективностью и безопасностью соответствующих лекарств, — отметил Д.А. Третьяков. — За 11 месяцев 2020 г. общие суммарные затраты на такую терапию составили около 270 млн руб., общее число случаев лечения — 6521, а расходы на одного пациента составили около 415 тыс. руб.».*

Нормативной основой механизмов оплаты за счет средств ОМС случаев лечения с применением ГИБП являются Территориальные регистры пациентов с отдельными заболеваниями, требующими применения дорогостоящих лекарственных средств, а также Перечень медицинских организаций, в которых осуществляется такое лечение. Ответственными за их формирование и ведение Регистров пациентов являются главные штатные и внештатные специалисты

Минздрава Свердловской обл. и главный областной терапевт.

На основании данных, поступающих в Регистр от медицинских организаций и главных специалистов Минздрава, ТФОМС ведет Справочник пациентов особого учета, где аккумулирует, проводит учет и анализ данных о пациентах. После предоставления из медицинской организации документов на оплату оказанных медицинских услуг производится сверка данных и осуществляется оплата. Обязательной процедурой при назначении конкретного препарата является согласование его цены с минздравом области.

Д.А. Третьяков уверен, что преимуществами данной модели являются повышение доступности дорогостоящей медицинской помощи и увеличение охвата терапией при общем сохранении финансовой емкости профиля. Ведение регистров пациентов, нуждающихся в длительном лечении, позволяет эффективно планировать закупки препаратов и общие затраты системы ОМС. Пациенты же получают равные права на доступ к препаратам вне зависимости от их стоимости.

Но нельзя не отметить и тот факт, что трудности есть, главным образом, связанные с необходимостью бесперебойного межведомственного взаимодействия и расширением документооборота на региональном уровне. Пациент же при смене места жительства может испытывать сложности в получении доступа к необходимому препарату. На это также обратил внимание представитель ТФОМС по Свердловской обл.

По материалам VII Межведомственной конференции «Финздрав»

Елена ПИГАРЕВА



ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО СТАРТОВАЛО В ОНКОЛОГИИ

В Московском международном онкологическом центре (ММОЦ) прошла масштабная конференция, приуроченная ко Дню борьбы с раком. Директор направления ОМС Московского международного онкологического центра **Станислав Ишутин** назвал государственно-частное партнерство драйвером в развитии инфраструктуры и компетенций в лечении онкологических заболеваний.

В СИСТЕМУ ОМС ВНЕСЕНЫ ИЗМЕНЕНИЯ

«Впервые в России реализуется сотрудничество государственно-частного партнерства.



А это говорит о том, что начатая по инициативе Президента России Владимира Путина национальная онкологическая программа делает уверенные шаги в своем развитии, — считает **Николай Дронов**, председатель Координационного совета МОД «Движение

против рака», член Общественного совета и Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Минздраве России. — *Это дает надежду на то, что качество и доступность медицинской помощи будет расти, в т.ч. за счет предоставления больших возможностей в выборе не только технологий и методов лечения, но*

и медицинского учреждения. И от того, насколько удачен будет этот опыт, вся страна сможет сделать выводы и брать пример, чтобы его масштабировать».

Напомним, что в систему ОМС с 2021 г. вносятся два важных изменения:

1. Федеральному фонду обязательного медицинского страхования (ФФОМС) перейдут полномочия страховщиков в отношении медпомощи, которую оказывают в федеральных медицинских организациях. Фонд будет осуществлять расчеты за медицинские услуги и контролировать их качество, а также займется предъявлением претензий или иска за причинение вреда здоровью пациента. Нормативы оказания специализированной медпомощи и ее оплаты будет определять правительство.

2. Сократят норматив средств, выделяемых страховым компаниям на ведение дела с 1–2% до 0,8–1,1% от суммы, поступившей в медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам.

Сейчас при несвоевременном и некачественном оказании медицинской помощи

в федеральных медицинских организациях пациент может обратиться в свою страховую компанию. С 2021 г. этими вопросами займется ФФОМС. В Союзе страховщиков считают, что число случаев ненадлежащего оказания медицинских услуг в федеральных больницах может вырасти, т.к. они будут избавлены от независимого контроля страховых компаний.

ЧТО ПОМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ БОЛЬНИЦ?

Изменения, внесенные в систему ОМС, не оставили равнодушными руководителей самых разных ЛПУ. *«Хочу обратить внимание на государственно-частное партнерство в рамках совершенствования ОМС. Это и взаимодействие государства и частника, и совершенствование системы. Итак, 1 января 2021 г. вступили в силу изменения в законодательстве в ОМС. Хочу остановиться на двух основных вещах, —* говорит директор по развитию ММОЦ **Станислав Ишутин**. *— Во-первых, снизились объемы расходов на ведение дел страховщиков, что, по мнению сообщества, может привести к банкротству некоторых страховых компаний и дальнейшему возникновению монополии на региональном уровне, а может быть, и на федеральном. Во-вторых,*



организация финансирования федеральных медицинских учреждений отдана напрямую федеральному фонду ОМС. По сути, внедрена сметно-распределительная система финансирования и организации работы федеральных медицинских учреждений. Вероятно, основным посылом в этом решении была в т.ч. и финансово-экономическая ситуация в отрасли. Однако стоит задуматься, к чему это может привести? И какие риски, какие угрозы за этим стоят».

Ишутин уверен, что по сути — это отход от страхового принципа медицины, по которому развивалась отрасль последние десятилетия, когда деньги шли за пациентом. Какие риски стоят за новым подходом? Первое — это риски

неравных прав для медицинских организаций для оказания медицинской помощи. И привилегированное положение федеральных медицинских учреждений. Второй риск — бюрократическая составляющая. *«Мы все были свидетелями во время пандемии, когда плановые объемы сокращались, и в такие периоды нестабильности всегда могут происходить искажения. Могут ли технологически федеральные центры обеспечить охват медицинской помощи всех пациентов? Очевидных положительных ответов на этот вопрос нет. И, как следствие, возможен обратный эффект. Эффект снижения качества и доступности медицинской помощи, —* отмечает Ишутин. *— Давайте зададимся вопросом: заинтересована ли медицинская организация в повышении доступности, если заведомо знает о гарантиях финансирования. Будет ли обращать внимание медицинская организация на качество медицинской помощи? А если ее контролирует подведомственное учреждение, которое подчиняется тому же министерству, что и медицинская организация? И что же делать субъектам региональных систем здравоохранения? Повышать уровень конкурентоспособности и повышать качество и компетенции. Один из инструментов для такого повышения нам видится государственно-частное партнерство. И взаимодействие с частными медицинскими организациями, частными инвесторами».*

Мировая практика показывает, что участие негосударственных медицинских организаций в работе государственной системы здравоохранения приводит к экономии до 10% государственных средств. Прежде всего, за счет привлечения инвестиций в строительство и реконструкцию объектов здравоохранения, в развитие инфраструктуры, внедрения инновационных технологий, в привлечение и подготовку квалифицированного персонала.

В ЧЕМ ВИДИТСЯ ВЫГОДА ГОСУДАРСТВУ?

Это:

1. Экономия живых средств.
2. Доступ к современным технологиям, которые частные партнеры в состоянии внедрять быстро и эффективно.

3. Повышение компетенций персонала и привлечение квалифицированных кадров.

Одно из преимуществ государственно-частного партнерства — это обновление материально-технической базы, которое у государства не всегда получается быстро и качественно. Пример — это оборудование для лучевой терапии, которая наряду с хирургией и лекарственной терапией является важнейшей составляющей в лечении онкологических пациентов. По данным ВОЗ, в лучевой терапии нуждается до 70% пациентов. А в настоящее время по статистике МАГАТЭ в РФ работают более 200 линейных ускорителей и более 230 гамма-терапевтических аппаратов. Однако развитые страны уже давно отказались от использования гамма-аппаратов из-за высоких рисков осложнения у пациентов от воздействия радиации на здоровые клетки.

Статистические данные прошлых периодов показывают, что частные инвестиции, например, на линейные ускорители уже превышает объем финансирования со стороны федерального проекта здравоохранения. Таким образом, частный партнер выступает локомотивом, который позволяет формировать быстро и качественно инфраструктуру с соблюдением всех современных технологий.

Частный партнер является еще и драйвером технологий и компетенций. Например, ряд высокотехнологических видов помощи перекочевали из частных компаний в базовую программу ОМС. *«А вот примеры взаимодействия ММОЦ с государством, — уточняет Ишутин. — Был исследован рынок ПЭТ КТ в Москве. И если 5 лет назад уровень обследований примерно в 10–12 тыс. в год казался фантастикой, то на сегодняшний день это 60–70 тыс. обследований. Второй пример — это проект, реализованный вместе с Морозовской городской детской клинической больницей. Этот проект уникален тем, что позволил на одной площадке организовать двум учреждениям, где работают такие компетенции, которых не встретить на федеральном уровне.*

И самый масштабный проект Центра — первый проект государственно-частного партнерства в Москве, организованный по принципу концессионного соглашения. Это площадка для отработки не только клинических, но и организационных решений. В результате на нашей

территории размещена и городская клиническая онкологическая больница №1».

Таким образом, город обеспечил существенную экономию бюджетных средств на капитальных затратах, а с другой стороны это решение позволило сформировать замкнутый цикл, при котором пациентам стали доступны все виды инновационной помощи, которые существуют на сегодняшний день.

«Кстати, этот своеобразный медицинский кластер, который у нас получился, не только не является очевидным конкурентом для федеральных учреждений здравоохранения, но и в технологическом плане существенно превосходит практически все имеющиеся федеральные центры, — продолжил знакомить с планами работы ММОЦ Станислав Ишутин. — Следующий проект, схожий по идеологии, — это создание онкологического кластера в Московской обл. на территории Коломенской центральной районной больницы. Там также будут реализованы все виды инфраструктурных изменений, которые позволяют активно работать в ежедневном режиме и совместному онкологическому консилиуму, и совместному центру амбулаторной онкологической помощи, новейшему отделению радиотерапии».

Этот центр компетенций стал точкой притяжения для 9 районов Подмосковья, замкнув их в единый цикл онкологической службы межрайонного формата.

На базе Коломенской центральной районной больницы врачи московской городской онкологической больницы №1 организовали проведение хирургических операций.

Частный партнер в этом случае выступает в качестве связующего звена, координатора и даже гаранта дальнейшего ведения пациента, мониторинга его состояния.

Сотрудничество — это не только очевидная экономия бюджетных средств, но и обмен компетенциями, и выстраивание полноценной мультидисциплинарной платформы. А лучшие практики частных клиник плавно перекочевывают в государственные больницы.

К сожалению, есть и сдерживающие развития факторы: т.к. система государственного здравоохранения сильно регламентирована, это мешает эффективному взаимодействию.

ВЗГЛЯД ЭКОНОМИСТА

Ольга Обухова, начальник отдела экономики и ресурсного обеспечения, системы оплаты труда медицинских работников Федерального института организации и информатизации здравоохранения при Минздраве РФ, представила четыре важных проекта, которые стали осуществляться в прошлом году и продолжатся в 2021-м.

1. Выполнение федерального проекта в борьбе с онкологическими заболеваниями. Проект является самым финансово затратным, но при этом и самым востребованным среди пациентов. К сожалению, онкология — это заболевание, которое спрогнозировать достаточно сложно. Что касается организационной части этой темы, то основные элементы прописаны в Федеральном законе №323-ФЗ (ст. 37). Появляются новые структуры, которые тоже вносят свой вклад в организацию оказания медицинской помощи онкологическим пациентам.

2. Клинические рекомендации. В 2020 г. онкогематология вернулась в профильный раздел «Онкология» И все виды помощи получают теперь и пациенты с данным заболеванием.

3. насыщение необходимыми документами всех профильных направлений онкологической медицинской помощи. Сейчас уже к онкологическим подключились и сердечно-сосудистые заболевания.

4. Финансово-экономические условия. В будущем году они будут не только сохранены, но и приумножены за счет некоторых дополнительных элементов.

Итак, вся медицинская помощь, которая оказывается в рамках государственного финансирования, а это не только средства ОМС, но и бюджетные средства, сегодня проиндексирована в связи с прогнозом социально-экономического развития РФ. Причем заработная плата медицинских работников повысится на 5,8%.

Первый этап оказания онкологической помощи — амбулаторный. И здесь очень важной частью являются диагностические исследования.

На них направлено и повышенное финансирование. Интересно, что наибольшие затраты относятся к транспортным расходам, т.к. не во всех регионах и тем более отдаленных населенных пунктах есть собственные лаборатории. Поэтому биоматериал для постановки ли уточнения диагноза приходится доставлять на большие расстояния.

ВОПРОСЫ ОСТАЮТСЯ...

Многих пациентов онкологического профиля, их родственников, принявших участие в конференции, интересуют весьма конкретные вопросы. Например, как может пациент, допустим, из Калининграда попасть в частную организацию, которая оказывает помощь по ОМС? Ответ есть. По направлению №057. И выяснить в страховой компании и территориальном фонде медицинского страхования своей области, участвует ли данная медицинская частная организация в системе госгарантий и есть ли у нее договор с территориальным фондом. *«Советую заходить на сайты страховых медицинских организаций и увидите огромный массив информации с навигаторами, алгоритмами, И звонить в свою страховую компанию, добиваться своих решений»*, — рекомендует Николай Дронов.

С 2021 г., стоит признать, система межтерриториальных расчетов стала весьма проблематичной. Так, например, житель Москвы поехал лечиться во Владимир. Это значит, что московский фонд должен заплатить во владимирскую больницу соответствующую сумму денег. И таких платежей накопилось почти на 140 млрд руб. Что составляет почти 10% бюджета ОМС. И поэтому сейчас направление из одного региона в другой очень серьезно «подвисло». Но работа над решением проблемы будет продолжена.

По материалам НПК, приуроченной к Всемирному дню борьбы с онкологическими заболеваниями (организатор: ММОЦ)

Марина МАСЛЯЕВА



РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОБОЛЬНЫХ СУЩЕСТВУЕТ И РАБОТАЕТ!

Лечение онкологических больных — дело сложное и для медицинского персонала любой больницы, и для самих пациентов. Помочь и тем и другим может коллектив специалистов, занимающихся реабилитацией онкобольных.

О своем опыте рассказывают сотрудники центра АО «Медицина» (клиника академика Ройтберга):

- **Ерилина Ирина Евгеньевна**, главный врач первого клинического и стоматологического отделений, врач высшей категории;
- **Мурашкина Евгения Васильевна**, врач-физиотерапевт, врач высшей категории;
- **Крашкина Ирина Ивановна**, врач-психотерапевт, к.м.н.;
- **Терехова Анна Борисовна**, врач-невролог, врач высшей категории;
- **Евдокимова Елена Викторовна**, врач-эндокринолог, диетолог, нутрициолог, врач высшей категории.

На онкологическом консилиуме, после определения конкретных методов химиотерапии, лучевой терапии и/или оперативного лечения принимается решение о необходимости проведения конкретных мероприятий для профилактики возможных побочных эффектов.

Пациенту выдается «Лист назначений» и бланки направлений к соответствующим врачам-специалистам:

- при лучевой терапии краниоцервикальной области — к врачу-стоматологу с целью

профилактики и лечения проявлений лучевого стоматита;

- при химиотерапии с ожидаемыми гастроинтестинальными расстройствами — к гастроэнтерологу;
- при наличии болевого синдрома — к алгологу Центра по изучению боли и т.д.

Какие назначения могут выдавать специалисты?

Анна Терехова: Одним из направлений онкорехабилитации является адекватное обезболивание. Это — очень важная задача. Для того чтобы уменьшить боль эффективно, врач невролог-алголог подробно оценивает болезненные ощущения. Расспрашивает пациента: где болит и как, какова длительность боли и ее интенсивность. Какие факторы влияют на боль: уменьшают, увеличивают или меняют характер боли. Врач выясняет, какую терапию



пациент уже принимал. Интересуется, как боль влияет на физическую активность, ночной сон и возможность приема пищи.

В ходе общения с врачом используются шкалы для оценки болевого синдрома. А затем индивидуально, по часам, с вниманием к деталям специалист-алголог помогает выбрать «неинвазивный» препарат, научит, как контролировать эффективность лечения и обеспечить своевременную коррекцию. Расскажет о побочных эффектах, их профилактике и лечении.

Как ведется помощь в «Школе психологической поддержки» клиники для пациентов и их родственников?

Ирина Крашкина: В нашей клинике психотерапевты практикуют индивидуальный подход для организации психологической поддержки. Каждый пациент особенный и болеет он по-своему. Не все могут озвучить свои тревоги на занятии в группе. Запросы, с которыми пациенты обращаются на консультацию, отличаются, и выявленные проблемы требуют различных решений. Обратиться за консультацией могут также и родственники пациента. В ходе беседы даются индивидуальные рекомендации.



терапевты практикуют индивидуальный подход для организации психологической поддержки. Каждый пациент особенный и болеет он по-своему. Не все могут озвучить свои тревоги на занятии в группе. Запросы, с которыми пациенты обращаются на кон-

сультацию, отличаются, и выявленные проблемы требуют различных решений. Обратиться за консультацией могут также и родственники пациента. В ходе беседы даются индивидуальные рекомендации.

Какие занятия по ЛФК и с какой целью проводятся и где?

Евгения Мурашкина: Проведение занятий по ЛФК возможно как в палате стационара, где находится пациент, так и на амбулаторном этапе в нашей поликлинике в зале для лечебной гимнастики.



Проведение занятий по ЛФК возможно как в палате стационара, где находится пациент, так и на амбулаторном этапе в нашей поликлинике в зале для лечебной гимнастики.

Непременным условием при назначении и дозировании физической нагрузки является строго индивидуаль-

индивидуальный подход в каждом отдельном случае — с учетом формы, стадии новообразования,

возрастных особенностей организма больного и сопутствующих заболеваний.

Задачи лечебной физкультуры при различных локализациях опухолевого процесса отличаются друг от друга. Так, после радикальной мастэктомии физические упражнения направлены на улучшение оттока венозной крови и лимфы из верхних конечностей и на контроль осанки, координации движений после мастэктомии.

Задачи ЛФК различны в зависимости от периодов, которые имеют свои четко ограниченные задачи и соответствующие комплексы физических упражнений. Например, задачей восстановительного периода является преодоление последствий операционной травмы и максимальное восстановление утраченных функций.

Кроме упражнений, направленных на нормализацию дыхания, необходимых для всех групп больных, используются специальные комплексы физических упражнений, способствующих повышению подвижности позвоночника и ребер, усилению крово- и лимфообращения в области операционной раны, формированию эластичных рубцов после операций на грудной клетке.

Цель занятий тренировочного периода — подготовка больного к жизни в домашних условиях с полным самообслуживанием и связанными с ним физическими нагрузками. В этот период следует проводить тренировки, включающие подвижные, эмоционально окрашенные упражнения с нагрузкой на все группы мышц, с применением различных снарядов и предметов. В этот период можно проводить и групповые занятия. Кроме того, пациентам даются рекомендации для самостоятельного выполнения хорошо усвоенных определенных физических упражнений.

В случае если пациент тяжелый, то физическая нагрузка сводится к минимуму и поддерживается с психотерапевтической целью.

Евгения, а даются ли задания в виде упражнений «на дом»?

Да, это возможно. Даются материалы как в печатном виде, так и в видеоформате, существует и помощь телемедицины.

Многие считают, что при онкологии физиотерапия противопоказана...

Да, распространено мнение, что физиотерапию можно назначать онкологическим больным

не ранее, чем через 5 лет после операции, во избежание прогрессирования основного процесса. Это не совсем так. Для безопасного использования физических факторов при реабилитации онкологических больных важно учитывать: правильность выбора физического фактора, радикальность проведенного противоопухолевого лечения, отсутствие рецидивов и метастазов опухоли, а также строгое соблюдение показаний и противопоказаний для физиотерапии онкологических больных.

Необходимо быть внимательными при назначении пациентам ряда физических факторов, особенно тепловых процедур.

Особое внимание уделяется назначению массажа. Правильно и вовремя назначенные процедуры безопасны, позволяют справиться с утомляемостью, беспокойством, болью, улучшить сон. Процедура лимфодренажного массажа эффективно уменьшает выраженность отека конечности, толщину дермы, снижает выраженность болевого синдрома, предотвращает появление вторичной лимфедемы (в частности, нарастающего отека мягких тканей пораженной области при раке молочной железы).

Решение о назначении физиотерапии, массажа, лечебной физкультуры конкретному онкологическому больному должны совместно принимать специалисты: онколог, физиотерапевт, врач ЛФК.

Как проводится оценка результатов лечения, специализированной терапии, эффективности профилактических мероприятий, необходимости дальнейшей реабилитации с учетом реабилитационного потенциала?

Ирина Ерилина: Надо понимать, что реабилитация онкологического пациента начинается



с момента постановки диагноза. В каждом отдельно взятом случае определяется индивидуальная реабилитационная программа, обусловленная видом рака, стадией его развития, состоянием пациента, перенесенным лечением, наличием нарушений и осложнений.

Мультидисциплинарный подход к ведению пациента обеспечивает курацию пациента врачами разных специальностей (онкологи, неврологи, гастроэнтерологи, стоматологи, физиотерапевты, врачи ЛФК, психотерапевты и др.).

Важно, когда в клинике практикуется системный подход в лечении, который реализуется в рамках проведения консилиумов, индивидуальных консультационных приемов врачей необходимых специальностей. Так, результаты специализированной терапии оценивают врачи-онкологи в рамках онкологического консилиума.

Реабилитационный потенциал и прогноз определяются специалистами — участниками реабилитационного консилиума — с участием лечащего врача-онколога. Оценка реабилитационного потенциала и прогноза осуществляется специалистами с применением шкал (например, оценка качества жизни по шкале EQ-5D, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, индекс степени восстановления, лабильности, активности и др.).

Применяется шкала реабилитационной маршрутизации, согласно которой определяется, нуждается ли пациент в реабилитации и в каких условиях (в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара, в домашних условиях, в режиме телемедицины).

Ирина, как проходит диспансерное наблюдение пациента с привлечением к курации необходимых специалистов восстановительного лечения?

Лечащий врач-онколог осуществляет диспансерное наблюдение. В клинике работает электронная медицинская система, что позволяет ознакомиться с результатами обследований, заключениями и рекомендациями специалистов в рамках индивидуальной консультации и консилиумов. Введен стандарт оформления протокола приема специалиста, где четко прописаны цели лечения, реабилитационные программы, план лечения и эффективность. Врач может инициировать проведение консилиума. Каждый специалист может оценить результат проведенной терапии в рамках своей специальности в ходе консультации.

Какова в данной специфической реабилитации роль стоматолога?

Перед началом лучевой терапии обязательна санация полости рта, т.е. удаление хронических очагов инфекции. Сюда входит: профессиональная гигиена полости рта, лечение кариесов, пульпитов, периодонтитов, лечение заболеваний десен, удаление «безнадежных» зубов и корней, устранение острых краев пломб, зубов, искусственных коронок. Также важно отказаться от курения и алкоголя, т.к. они ухудшают процесс заживления. Рекомендуется использование зубной щетки с мягкой щетиной, чтобы исключить риск травматизма слизистой оболочки рта, при этом не забывая о тщательной домашней гигиене.

Лучевая терапия способна воздействовать на онкологические клетки, в результате такого лечения патологические клетки погибают, но и здоровые клетки тоже повреждаются и на время теряют свою способность к самовосстановлению. В результате страдают эпителиальные клетки ротовой полости, что приводит к развитию стоматита. Также страдает иммунная система, снижается местный иммунитет в полости рта, что тоже отягощает течение стоматита.

Лечение стоматита проводится врачом-стоматологом и подбирается индивидуально. Как правило, схема лечения такова:

1. Местное обезболивание слизистой оболочки.
2. Антисептическая обработка утром и вечером после чистки зубов, а также после каждого приема пищи.
3. Кератопластика — для заживления слизистой. Гели, масла, бальзамы наносятся 2–4 раза в день.
4. Препараты, восстанавливающие микрофлору в полости рта.
5. По показаниям проводится обработка протеолитическими ферментами.
6. Щелочное полоскание — для снижения роста грибков.
7. Поливитамины — для укрепления организма.

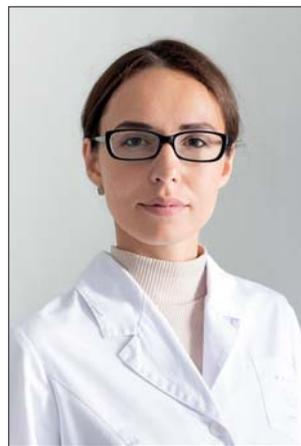
На разных этапах лечения назначения могут корректироваться, в зависимости от динамики заживления. Необходимо наблюдение специалиста.

Можно ли проходить реабилитацию в клинике тем, кто проходит или прошел лечение ранее в других ЛПУ?

Конечно. Для этого нужно предоставить необходимую медицинскую документацию. К сожалению, по программе ОМС реабилитационные услуги не оказываются. Некоторые страховые компании по ДМС предоставляют пациентам такую возможность. В основном реабилитационные курсы проводятся с привлечением личных средств пациента.

Даются ли рекомендации по правильному питанию как элементу реабилитации?

Елена Евдокимова: Конечно, получить рекомендации по питанию можно и нужно. Для этого



необходимо обратиться к диетологу, нутрициологу. Диетическое питание онкологических больных улучшает результаты лечения и восстанавливает иммунную систему организма. Нутритивная поддержка необходима онкологическим больным не только для поддержания метаболических резервов организма, но и для повышения его устойчивости к лечению (хирургическому, лучевому).

Пища должна быть легко перевариваемой, калорийной и богатой натуральными (живыми) витаминами, доставлять удовольствие и быть свежей.

Кроме того, важным является и употребление достаточного количества жидкости, прежде всего, при диарее и рвоте. В таких случаях подходят также овощные и мясные бульоны, чтобы восстановить в организме потерянные соли. Мы советуем избегать пить кофе, чай и алкогольные напитки, есть сладости. Не употреблять жареной, жирной и острой пищи, т.к. это может вызвать диарею.

Эффективной коррекции рациона не всегда можно добиться назначением пероральной диеты обычной пищей. Для поддержки пациентов в онкологии разработаны специальные продукты в виде питательных смесей на основе большого количества белка, сбалансированного

состава углеводов и жиров, которые также содержат витамины и минералы. Такое питание более эффективно усваивается организмом, дополняет или может заменить прием еды, когда это необходимо.

Вес и масса тела — каковы их роли при реабилитации и дальнейшей жизни перенесших онкозаболевания?

Существуют факторы, способные маскировать нутритивную недостаточность при отсутствии снижения массы тела. Например, лекарственная терапия, особенно гормональная, способствует увеличению жировой массы тела и накоплению воды в организме. Поэтому, несмотря на потерю мышечной массы, общий вес тела может оставаться неизменным. Кроме того, некоторые новообразования нарушают

нормальные процессы жизнедеятельности и провоцируют накопление жидкости в организме, что выражается как отеками, так и избытком жидкости внутри организма (асциты, плевральный выпот и т. п.). В таком случае вес тела может быть увеличен, в то время как организм будет страдать от недостатка питательных веществ

Во время болезни крайне снижено усвоение питательных веществ, в т.ч. из-за снижения функционирования желудочно-кишечного тракта. Рядом компаний выпускается специализированное готовое питание онкологических больных, оно содержит легкоусвояемые компоненты и полноценный комплекс микро- и макроэлементов, что позволяет в малом объеме дать организму все необходимое для нормальной жизнедеятельности.

Марина МАСЛЯЕВА ■



ТЕРМОМЕТРЫ ДЛЯ ТЕЛА: ИХ МОДИФИКАЦИИ И ХАРАКТЕРИСТИКИ

Частым симптомом простудных и других заболеваний является повышенная температура тела, которая говорит о том, что организм начал вырабатывать защитную реакцию. В этот период важно не допустить серьезное развитие болезни и регулярно следить за показаниями градусника, следуя терапевтическим предписаниям врача.

Небольшой процент людей задумывается об этом приборе с точки зрения безопасности, точности измерений и их способах. Пришло время разобраться во всех нюансах.

К СВЕДЕНИЮ

Термометры бывают разные и имеют достаточно широкое применение (измерение температуры тела, воды, почвы, воздуха и т.д.). В быту наиболее распространен первый вид, чаще называемый градусником.

Предшественник термометра был создан Галилео Галилеем в 1592 г., но практически применять это изобретение не представлялось возможным, потому что градусник не имел шкалы.

Только в XVIII в. немецкий изобретатель Даниель Габриель Фаренгейт разработал ртутный аналог, который применяется повсеместно до сих пор.

В большинстве стран используется величина в градусах Цельсия. Исключение составляют США, Багамские Острова, Белиз, Каймановы Острова, Либерия.

Механизм работы медицинского градусника действует за счет контакта ртути в колбе с теплом: при увеличении температуры тела жидкость начинает расширяться и показания

ртутного столбика растут. Ртутный термометр считается предельно точным и его показания могут не соответствовать лишь с разницей в 0,1 градуса по Цельсию.

Однако при всех положительных характеристиках ртутный термометр очень легко повредить: стекло может разбиться, а тяжелая серебристо-белая жидкость вытечь наружу и представлять чрезвычайную опасность для окружающих. Ртуть очень ядовита.

Из современных и более безопасных измерителей известны электронные, галинстановые, инфракрасные, у каждого из которых существуют положительные и отрицательные черты.

СПОСОБЫ ИЗМЕРЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ

Как правильно пользоваться медицинским термометром? Наверное, подавляющее большинство взрослых людей проводит измерения в подмышечной впадине. Это наиболее распространенный и точный метод. Кроме этого, можно

снять показания прибора перорально (положив кончик градусника под язык или за щеку), ректально, вагинально, в ушном проходе и в области височной артерии на лбу (с помощью инфракрасного термометра).

Для снятия показаний под мышкой нужно хорошо встряхнуть градусник, чтобы ртуть опустилась ниже 35°. Затем термометр помещают под сухой подмышечной впадиной, плотно прижимают и ждут 5–10 мин.

Электронный термометр известит об окончании процесса звуковым сигналом.

Имеет значение, когда измерять температуру: сразу после еды или физической активности этого делать не стоит. Необходимо подождать полчаса.

Пероральный способ. Сначала следует промыть и продезинфицировать прибор. Потом термометр помещают под язык и придерживают зубами. Через три минуты будет виден результат.

Важно учесть, что при оральном измерении за 10–15 мин. нельзя есть или пить что-то холодное.

Термометр можно также положить за щеку, однако этот способ не настолько точен, как сублингвальный (подъязычный).

Измерить температуру в ухе можно только инфракрасным термометром. Проводится процедура не менее чем через 15 мин. после возвращения домой с улицы. Слегка потянув за ушную раковину, нужно вставить в слуховой проход датчик. Через несколько секунд показания градусника будут готовы.

ИЗМЕРЯЕМ ТЕМПЕРАТУРУ ТЕЛА РЕБЕНКА

Самых маленьких практически невозможно заставить сидеть спокойно с градусником под мышкой, поэтому к ним, как правило, применим ректальный метод. Несмотря на то, что процедура не из приятных, результат показаний оказывается наиболее точным. Главное — проявлять осторожность.

Сначала нужно провести гигиеническую обработку термометра: вымыть датчик, потом смазать его вазелином/вазелиновым маслом или детским кремом.

Малыша кладут на бок или на животик. Также можно положить ребенка на спинку, согнув ему ножки. Затем термометр вводят в анальное отверстие примерно на 1,5–2,5 см.

Во время измерения температуры ребенка нужно аккуратно придерживать. Показания ртутного градусника будут готовы через 3 минуты. Электронный прибор сработает быстрее. При его работе необходимо руководствоваться инструкцией производителя.

Детям старшего дошкольного возраста удобно применять пероральный способ измерения температуры тела. Для этой цели лучше всего использовать безртутный или электронный медицинский градусник.

Кончик термометра помещают под язык ребенка, ждут сигнала, извещающего об окончании работы, и для более точного измерения держат термометр еще 1–2 мин.

Дабы исключить малейшую неточность, не стоит измерять температуры сразу после еды. Важно подождать хотя бы 15 мин.

СКОЛЬКО ДЕРЖАТЬ ГРАДУСНИК ПОД МЫШКОЙ?

Несмотря на многие недостатки, ртутные термометры остаются на пике популярности. Большинство россиян предпочитают их вместо того, чтобы задуматься о покупке более современной модели.

- У этого прибора есть неоспоримое преимущество — высокая точность. Как говорят медики, чтобы добиться корректных показаний термометра, нужно держать ртутный градусник около 5 мин.
- Безртутный медицинский термометр, наполненный металлическим сплавом галинстаном, обычно держат под мышкой 3–5 мин.
- Инфракрасному прибору требуется максимум полминуты.
- Современный цифровой градусник покажет температуру за период от 10–20 с до 3 мин. в зависимости от модели (нужно ориентироваться на прилагаемую инструкцию).

ВИДЫ ТЕРМОМЕТРОВ

Температура — важный показатель здоровья человека. Для ее измерения используют разные

термометры. В аптеках можно найти стандартные ртутные градусники, галинстановые, электронные, инфракрасные и специальные детские термометры. Рассмотрим подробнее, в чем плюсы и минусы этих приборов и как выбрать лучший термометр для измерения температуры.

- Всем привычный и с детства знакомый градусник также называется **максимальным ртутным термометром**, поскольку, достигая максимального значения, столбик не опускается самостоятельно — градусник нужно встряхнуть, чтобы начать новое измерение. Ртутный термометр представляет собой стеклянную колбу с тонкой трубочкой, заполненной ртутью.

Плюсы: высокая точность измерения, доступная стоимость, простота использования.

Минусы: хрупкость стекла (легко разбить); пары ртути токсичны для человека.

Сегодня многие врачи призывают отказаться от ртутного термометра. В 2013 г. Россия в частности подписала Минаматскую конвенцию о ртути и к 2020 г. обязалась изъять устаревшие и опасные приборы с продажи.

Если вы решили приобрести более современный градусник и избавиться от ртутного термометра, то его нельзя выбрасывать, а необходимо сдать на утилизацию. Для этого существуют специальные пункты сбора и контейнеры, установленные в крупных городах. Жители регионов могут посмотреть расположение станций приема ртутных термометров с помощью интерактивной карты Recyclemap и на сайте Кудаградусник.

В том случае, когда ртутный термометр все же разбился, нужно сразу позвонить в МЧС или санитарно-эпидемиологическую службу.



В областных центрах обычно работают телефонные горячие линии, где вам подскажут, как утилизировать разбитый ртутный термометр.

Если ртуть вытекла, важно без промедления изолировать людей в другое помещение, закрыть все двери и открыть окна для проветривания.

Тряпку, смоченную раствором соды, кладут на пороге.

Не рекомендуется собирать ртуть самостоятельно, если она не вытекла, следует надеть перчатки и поместить градусник в стеклянную банку, а потом закрыть крышкой. Затем ртутный градусник необходимо сдать в этой таре в специальную службу.

Главное, знать, что от повреждения одного градусника не произойдет острого отравления. Для собственного спокойствия можно сдать анализы крови и мочи на содержание ртути.

- **Галинстановый безртутный термометр** внешне выглядит так же, как ртутный, но наполнен он нетоксичным металлическим сплавом галинстаном из галлия, индия и олова. Этот прибор не уступает ртутному градуснику в точности и в то же время более безопасен. Если он разобьется, это не причинит никакого вреда.

Плюсы: простота в обращении; точность; безопасность.

Минусом считается то, что его сложно встряхнуть, чтобы обнулить температуру. Объяснение довольно простое — галинстан движется медленнее ртути из-за своей вязкости и густоты.

- **Бесконтактный инфракрасный термометр** — он же лазерный, дистанционный, бесконтактный. Этот вид градусника очень удобен в использовании, особенно для детей, поскольку измерения занимают буквально пару секунд. Дистанционным термометром измеряют температуру в ухе, на лбу или на висках.

Термометр для измерения температуры имеет удобный дисплей и возможность сохранять в памяти прибора последние показания.

Плюсы: простота использования; быстрые замеры; подходит для детей.

Минусы: погрешность измерений; высокая цена.

- **Цифровой электронный термометр** состоит из пластикового корпуса с дисплеем. Среднее время измерения температуры тела с помощью электронного градусника — 3–5 мин. Но врачи

рекомендуют подержать его еще пару минут для точности. Показания термометра видны на дисплее, а об окончании измерений прибор извещит звуковым сигналом. Кроме того, цифровой термометр оснащен системой сохранения последних замеров температуры.

Плюсы: безопасность, удобный дисплей; возможность сохранить данные в памяти.

Минусы: *во-первых*, высокая цена; *во-вторых*, если цифровой термометр плохо прилегает к телу, возможна большая погрешность измерений.

ДЕТСКИЙ ТЕРМОМЕТР

Врачи рекомендуют родителям приобрести **специальный детский термометр**. Существуют определенные модели, которыми можно измерить температуру ректально, — этот способ подходит для малышей и дает самые точные показания. Ректальный термометр состоит из зонда, кнопки и цифрового дисплея, где отображается результат измерения. Нормальная температура при замере ректальным способом составляет диапазон 36,6–37,7°C. Использовать прибор нужно осторожно, а при заболеваниях прямой кишки, диарее или запоре от него следует отказаться.

Измерить ребенку температуру можно и перорально. Для этого подойдет стандартный электронный термометр. Правда, способ не самый удачный для совсем маленьких детей, которых сложно заставить держать градусник во рту. Нормальная температура тела при пероральном измерении составляет 36,3–37,3°C. О том, как правильно измерять температуру перорально, уже было сказано.



Одним из лучших детских термометров считается инфракрасный. Он удобен и безопасен для малышей. Но чтобы установить его правильно, нужно попрактиковаться. Этот детский термометр рекомендуется использовать начиная с годовалого возраста. Нормальная температура при измерении в ушной раковине составляет 35,8–37,8°C.

Височный инфракрасный термометр располагают у артерии на лбу. Хороший вариант даже для новорожденных.

В продаже есть специальные детские термометры в виде соски и термометры-полоски для лба. Но врачи говорят, что замеры, выполненные этими приборами, не очень точны.

Современная аптека готова предложить своим покупателям самые разные модели термометров в соответствии с безопасными характеристиками и предельной точностью приборов. Помните, что градусник должен быть в каждом доме, и проверяйте время от времени его показания.

Софья МИЛОВАНОВА



ПОСКОЛЬЗНУЛСЯ, УПАЛ, УШИБСЯ... СИНЯК

Зимняя гололедица и весенняя слякоть несут с собой опасность падений, а с ними переломы, ушибы и растяжения. Многие думают, ничего не сломал, значит можно не беспокоиться. И напрасно... Ушиб, даже без перелома, тоже не безобиден.

ЧТО ЖЕ ТАКОЕ УШИБ?

Ушибом называют повреждение мягких тканей, не затронувшее кость. При ушибе не нарушается целостность кожи, но вот подкожная клетчатка и мелкие кровеносные сосуды, как правило, подвергаются повреждению.

Выяснить, что следствием падения, удара об угол мебели или двери стал ушиб можно и без врача. Достаточно провести небольшой самоосмотр. Место, на которое пришелся ушиб, нужно потрогать рукой. Если оно стало теплее окружающей его поверхности тела, да еще при надавливании отдается пусть и небольшой, но все-таки болью, значит, ушиб вы точно схлопотали.

У многих буквально на глазах площадь ушиба уплотняется, краснеет и немного опухает.

Ну а через 2–3 дня на месте ушиба начинает красоваться синяк. Появляется он потому, что во время удара по любой части тела на нем повреждаются кровеносные сосуды, расположенные под кожей. Кровь вытекает в мягкие ткани и образует гематому — знакомый с детства синяк.

Постепенно синяк из темно-красного превращается в лилово-синий. Потом желтеет и пропадает.

Бывает так, что отек и боль настолько сильны, что к ушибленному месту невозможно даже притронуться, сигнализируя о срочном обращении к врачу-травматологу. И, только сделав рентген, можно будет убедиться, что кость не пострадала.

ОН ВСЕ-ТАКИ БОЛИТ!

Первое, что нужно обязательно сделать, приложить на место ушиба что-то холодное. Лучше всего — пузырь для льда. Они продаются в аптеках и представляют собой резиновый контейнер с круглым дном диаметром 150 мм. Такие ледниковые пузыри хороши как для медицинского, так и домашнего применения. Благодаря тому, что пузырь со льдом сохраняет достаточно длительное время пониженную температуру, он является прекрасным отвлекающим средством при различных травмах и ушибах.

Кстати, таким, казалось бы, простым инструментом, как пузырь для льда, тоже нужно уметь правильно пользоваться. Так, перед тем как прикладывать его к поврежденному участку тела, нужно обязательно завернуть ледяной контейнер в полотенце или тканую салфетку. Это защитит ушибленное место и в то же время приостановит подкожное кровотечение. А еще

такое охлаждение понизит болевой порог. В итоге и отек, и синяк станут меньше.

Конечно, не у всех дома есть пузырь для льда. А бежать в аптеку с сильным ушибом не всегда удобно. Поэтому прислушаемся к совету травматологов. Приобретайте столь нужные в обиходе аптечные предметы заблаговременно!

В крайнем случае можно воспользоваться колотым льдом, наполнив им целлофановый пакет. Именно колотым, а не кусками. Последний применять не рекомендуется, т.к. по его вине можно получить холодовой ожог. Если льда нет, придется использовать холодную воду. Но это — далеко не лучший вариант.

СИНЯК СИНЯКУ РОЗНЬ

Замечено, чем быстрее образуется гематома, тем тяжелее протекает выздоровление. В связи с этим такие травмы подразделяют на:

- легкие, которые развиваются в течение суток. Они характерны слабыми болезненными ощущениями и не требуют специального лечения;
- средней тяжести — проявляются примерно через 5–6 час. Отек в этом случае заметно больше, чем при легкой форме. Сопровождаются заметной припухлостью и болью;
- тяжелые — образуются быстро, буквально в течение 2 час. после ушиба. Больные жалуются не только на острую боль и заметную припухлость, но и на нарушение двигательной функции конечности.

Наряду с классификацией тяжести ушиба, врачи выделяют еще 4 различных признака гематомы:

1. По глубине расположения синяка. А он может сформироваться под кожей, под слизистой оболочкой, в самой мышечной ткани, под фасцией и т.п. Напомним, что фасцией называют оболочку, покрывающую органы, сосуды, нервы. Образуя футляры для мышц человека, они выполняет опорную функцию.

2. По консистенции разлитой крови — свернувшаяся/несвернувшаяся.

3. По растеканию крови. Она может пропитывать ткань или концентрироваться в полости между тканями.

4. По состоянию сосуда, когда кровь выливается из него и возвращается, и когда разрыв сосуда практически моментально запечатывается тромбом.

К ВРАЧУ!

Фактически всегда кровоизлияние, в т.ч. после серьезного болезненного ушиба, может стать опасным для здоровья. Так что после получения травмы, даже до появления гематомы нужно обратиться к травматологу или хирургу. Сделать это не сложно, т.к. оба специалиста принимают пациентов без направления.

Для диагностики опасности гематомы специалисту часто бывает достаточно просто визуального осмотра и пальпации. После этой обязательной процедуры доктор либо назначает лечение, либо отправляет на обследование:

- УЗИ поврежденной части тела, органа или сустава;
- рентгенография поврежденной части тела;
- КТ или МРТ;
- пункция (прокол специальной иглой) сустава или органа, в котором могла скопиться кровь.

После обследования доктор направляет пациента на адекватные их результатам лечебные процедуры. Это могут быть сеансы УВЧ; хирургическое вскрытие для удаления сгустков крови. После такой манипуляции пациенту назначают курс антибиотиков. Приобретая их в аптеке, не забудьте попросить фармацевта подобрать к антибиотиком препарат, нормализующий микрофлору кишечника.

МАЗИ И ГЕЛИ ВАМ В ПОМОЩЬ!

Лед — это важный, но не единственный этап в борьбе с ушибами и синяками. Следующий этап — уменьшение воспалительного процесса. Потом предстоит помочь организму избавиться



от попавшей под кожу крови. Тут большую услугу окажут мази и гели для наружного применения.

Врачи рекомендуют использовать два типа мазей:

- **Мази от боли**

Это так называемые «охлаждающие» мази. Они уменьшают не только болевой синдром, но и воспалительные симптомы. Особенно хороши те мази, в состав которых входят *ментол* и *эвкалиптовое масло*. Хороши и мази на основе животной *губки бадяги*.

- **Мази от отеков**

Мази созданы таким образом, чтобы укрепить стенки капилляров и уменьшить воспаление в зоне ушиба. Некоторые из серии таких мазей разжижают кровь. И это способствует «рассасыванию» синяка.

Большой популярностью пользуются те «противоотечные» мази, которые включают в себя *троксерутин* и *гепарин натрия*. Первый укрепляет сосуды. Второй делает кровь более жидкой и уменьшает отек.

НЕ ВРАЧ, ТАК ФАРМАЦЕВТ

Если врач в вашем случае не понадобился, то фармацевт аптеки обязательно подскажет, какие именно гели и мази помогут избавиться от синяка. А их не мало. И у каждого свои особенности.

Например, гели от гематом представляют собой мягкую и вязкую по консистенции лекарственную форму, на 80% состоящую из воды. А действующее вещество геля полностью растворено в его основе.

Гели, в отличие от мазей, лучше высвобождают действующие вещества, легко распространяются по кожному покрову, очень быстро впитываются, не закупоривают поры кожи, при необходимости легко смываются, не оставляют жирных пятен.

Но у гелей есть и недостатки. Так, действующее вещество из геля может оказать системное побочное действие. А потому гели имеют больше противопоказаний, чем мази с аналогичным составом.

Мазевая основа содержит жироподобные вещества (липиды, вазелин, ланолин), которые не впитываются в кожу. За счет этого на ее поверхности образуется пленка, создающая парниковый эффект. В результате активные компоненты проникают глубоко в ткани, оказывая мощное лечебное действие. Недостатком мазей является то, что они оставляют жирные следы на коже и пачкают одежду.

ПОЛЬЗУЙТЕСЬ С УМОМ!

Некоторые любители лечиться «по большому счету» берут сразу несколько гелей и мазей и смешивают их... для большего эффекта. А потом наносят на пораженное место... Совершая большую ошибку! Делать микст из лекарственных средств не следует. В таком состоянии они не только хуже подействуют, но и способны вызвать аллергическую реакцию!

Лучше использовать гели и мази поочередно. Или же можно нанести одну мазь на одну сторону руки или ноги, а вторую — на другую. Так можно (в некоторых случаях) добиться двойного эффекта мазей, избежав побочных неприятных проявлений.

Важно поинтересоваться у сотрудника первого стола аптеки, в каких условиях следует хранить препараты для обработки гематомы. В противном случае они могут прийти в негодность, не принесут пользы, а могут и навредить.

Если ушиб сопровождается открытой раной, гель или мазь надо накладывать только рядом с ней, чтобы лекарство не попадало внутрь.

Марина МАСЛЯЕВА ■



ТРАВЯНЫЕ ФОРМУЛЫ КИТАЯ

Насколько травяные рецепты эффективны в лечении вирусных заболеваний?

Юрий Владимирович Ведов, главный врач клиники, в своей практике совместно с основным лечением использует препараты традиционной китайской медицины, которые основаны на природных ингредиентах и доказали свою эффективность временем.

Сегодня он расскажет про капсулы «Ляньхуа Цинвэнь» (Lianhua Qingwen) — средство, имеющее многолетнюю историю и опыт более двух десятилетий.



Масштабное применение капсул в качестве лекарственного средства началось в Китае в 2003 г., во время вспышки атипичной пневмонии. Lianhua Qingwen начали использовать для подавления вируса, наряду с западными препаратами. В резуль-

тате в 2003 г. средство прошло китайский Национальный канал одобрения лекарств, а в 2004 г. получило статус лекарственного препарата.

- Китай, 2009 г. Вспышка свиного гриппа (вирус А(Н1N1)). Травяные капсулы используются в качестве жаропонижающего средства и для облегчения клинических симптомов.
- Китай, 2020 г. Глобальная пандемия COVID-19, вызываемая новым типом коронавируса. Капсулы входят в официальный протокол лечения коронавируса в Китае как средство, облегчающее симптомы лихорадки, кашля и слабости при легкой и средней форме заболевания.

Капсулы упоминаются в белой книге Китая «Борьба с COVID-19» — это официальный документ, в котором досконально прописаны все мероприятия, проведенные в связи с пандемией нового вируса.

Китайские травяные смеси и лекарства применялись в 92% всех подтвержденных случаев. В провинции Хубэй более 90% подтвержденных случаев, когда после курса лечения препаратом традиционной китайской медицины был отмечен эффект.

«Гранулы Jinhua Qinggan, капсулы/гранулы Lianhua Qingwen, инъекции Xuebijing, а также другие препараты традиционной китайской медицины и травяные формулы доказали свою эффективность в лечении 19 различных типов пациентов с COVID-19.

Они значительно снизили уровень заболеваемости, предотвратили ухудшение случаев с легкими симптомами, увеличили частоту излечения, снизили уровень смертности, помогли нуклеиновой кислоте стать отрицательной и ускорили реабилитацию выздоровевших пациентов с COVID-19», — таковы официальные данные, которыми оперирует доктор Ведов.

В Евразийском экономическом союзе препарат «Ляньхуа Цинвэнь» зарегистрирован как биологически активная добавка к пище (БАД).

В составе капсул только растительные компоненты: плоды форсайтии, корень вайды красильной, гуттуиния сердцелистная, пачули, ревеня лекарственный, родиола розовая, корень солодки, кукурузный крахмал, ментол.

Вот действие некоторых из них:

- Форсайтия восстанавливает защитные жизненные силы организма, облегчает симптомы инфекционных заболеваний.
- Ревень лекарственный в сочетании с корнем солодки повышает газообменную функцию легких и теплообмен органов, снижает степень тяжести заболевания.
- Родиола розовая оказывает эффект очищения и устранения застоя крови, способствует повышению иммунитета человека, уменьшению повреждений органов в условиях гипоксии и повышению противовирусной и реабилитационной способности.

Опыт Китая показывает, насколько перспективна фитотерапия: в течение 20 лет травяной состав капсул «Ляньхуа Цинвэнь» прошел длинный путь от одной эпидемии к другой и становится все более известен миру благодаря своему противовирусному действию. Не случайно, это единственное китайское средство, которое используется при простуде и гриппе, получившее награду второй степени Государственной премии за научно-технический прогресс.

Узнать подробнее об капсулах «Ляньхуа Цинвэнь» и других натуральных способах оздоровления можно на официальном сайте клиники омоложения и долголетия доктора Ведова: drvedov.ru или по тел.: +7 (929) 932-56-60.

* БАД, не является лекарственным средством.

Капсулы «Ляньхуа Цинвэнь» — биологически активная добавка к пище
(Св-во о регистрации продукта ЕЭС № АМ 01.01.003.R.00003610.20)

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ФОРУМ-ВЫСТАВКА

аптека

БИЗНЕС-ФОРМАТ | 2021



КЛЮЧЕВОЕ
СОБЫТИЕ
РОССИЙСКОГО
АПТЕЧНОГО
РЫНКА

+7 (495) 925-65-61 / 62
info@artekaeхро.ru

АРТЕКАЕХРО.RU



2-4 МАРТА 2021

МОСКВА · EVENT HALL ДАНИЛОВСКИЙ

Организатор



При поддержке



РЕКЛАМА

XVI Международная конференция

**Фармацевтический
бизнес в России**

11 марта 2021 г., Москва

+ online

XVI АПТЕЧНЫЙ САММИТ

**Эффективное управление
аптечной сетью**

12 марта 2021 г., Москва

+ online

ГЛАВНЫЕ ДИСКУССИОННЫЕ
МЕРОПРИЯТИЯ ФАРМЫ 2021**Обсуждение ВСЕХ главных тем отрасли**

Влияние пандемии на фарминдустрию, дистанционная торговля, маркировка, законодательные изменения, маркетинговые контракты и многое другое!

Возможность принять участие в формировании деловой повестки

Задайте свои вопросы руководителям ведущих фармкомпаний, аптечных сетей и представителям регулятора, и ответы на них прозвучат со сцены

Микс-формат

Примите участие очно, на площадке мероприятий, или дистанционно, посредством подключения к интернет-трансляции

Максимум практической пользы!

Наши мероприятия предназначены для тех, кто хочет получить новые знания и навыки, найти точки роста и драйверы развития своей компании!

Регистрация на сайте: infor-media.ruПодробности по тел. +7 495 995-80-04 и по e-mail e.pronenko@infor-media.ru

РЕК

PROF  **meeting****ЮБИЛЕЙНЫЕ БИЗНЕС-ВСТРЕЧИ
С ДИРЕКТОРАМИ ПО ЗАКУПКАМ
АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ****НАМ
10
ЛЕТ!****В ПРОГРАММЕ:**презентации, переговоры,
лекции, живое общениеwww.profmeeting.ru**31****МАРТА****МОСКВА**

Заявки на участие присылайте:

ns@profmeeting.ru или по телефону
89036647715, Надежда Свищёва

РЕК



 **БАД-ЭКСПО**
Москва • ИнфоПространство

16-18 апреля 2021

МЕЖДУНАРОДНАЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
ВЫСТАВКА
БАД И ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ

baa-expo.ru

Москва • ИнфоПространство

РЕК



 **ФАРМАПАК**
Международный форум

2 500
УЧАСТНИКОВ
СООБЩЕСТВА

350
ПАРТНЕРОВ

10 ЛЕТ

26-28 апреля 2021 г



Москва
Экспоцентр
pharmpro.pro
8 800 3-500-412

- ◆ ФОРУМ
- ◆ ВЫСТАВКА
- ◆ МАСТЕР-КЛАССЫ
- ◆ ЭКСПЕРТЫ
- ◆ КЕЙСЫ
- ◆ НЕТВОРКИНГ

РЕК

28 РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО

2021 / 05.04 - 08.04

ONLINE

CHELOVEKILEKARSTVO.RU

Реклама

Онлайн трансляция на официальном сайте
Секретариат конгресса info@chelovekilekarstvo.ru.
Тел./факс: +7 (499) 584-45-16
Подробная информация в вашем личном кабинете
на официальном сайте Конгресса
www.chelovekilekarstvo.ru



ПЛАТИНОВАЯ
УНЦИЯ

ВСЕ ПОДРОБНОСТИ НА САЙТЕ
WWW.UNCIA.RU

ВСЕРОССИЙСКИЙ ОТКРЫТЫЙ КОНКУРС
ПРОФЕССИОНАЛОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ

XXI

22 АПРЕЛЯ ПЛАТИНОВАЯ УНЦИЯ 2021

Проведение II этапа голосования Экспертного совета состоится
с 22 февраля 2021 по 31 марта 2021 года.
Аудит результатов конкурса – **31 марта 2021 – 8 апреля 2021 года.**

Контроль соответствия процедуры проведения
голосования регламенту конкурса осуществляет



ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ



ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ
ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ



Исполнительная
дирекция конкурса



Организаторы
церемонии награждения



117485, г. Москва, ул. Обручева, 30/1, строение 2, БЦ «Кругозор», ООО «Бионика Медиа»
+7 (495) 786-25-43 доб.667, +7 (495) 786-25-57, доб. 175

на правах рекламы

Моб.: +7-905-780-53-44. E-mail: info@uncia.ru

Вся информация в издании предназначена только для специалистов здравоохранения и сферы обращения лекарственных средств и не может быть использована пациентами для принятия решения о применении описанных методов лечения и продуктов. Информация в издании не должна быть истолкована как призыв к неспециалистам самостоятельно приобретать или использовать описываемые продукты.

Авторские позиции, выраженные в тематических материалах, являются частными, не отражают официальную точку зрения уполномоченных государственных органов или других субъектов здравоохранения (если прямо не указано обратное), могут не совпадать с мнением редакции и публикуются с целью ознакомления специалистов с широким спектром мнений по указанным проблемам и о представляемых продуктах.

Ответственность за достоверность сведений в рекламе и объявлениях несет рекламодатель.

Рукописи не рецензируются и не возвращаются. Использование материалов газеты в любом виде, включая электронные, разрешается только с письменного согласия редакции.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Все рекламируемые товары подлежат обязательной регистрации и декларированию соответствия.

Материалы со знаком **РЕК** печатаются на правах рекламы.

Учредитель

Некоммерческое партнерство
«Редакция газеты «Московские аптеки»

Издатель

Некоммерческое партнерство
«Редакция газеты «Московские аптеки»

Адрес редакции

109456, Москва, ул. Яснополянская, д. 3, к. 1
8 (499) 170-93-20
info@mosapteki.ru

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