Пятый ежегодный рейтинг детских частных стоматологических клиник России. Услуг и детских стоматологов стало больше | 15

3

Тематическое приложение к газете **Коммерсантъ**

Здравоохранение

Вторник 23 апреля 2019 №72 (6552 с момента возобновления издания) **kommersant.ru**



14 | Как справиться со стереотипом отношения к медицине: терпеть и платить. И умирать

16 | Приведет ли полученное ФФОМС право контроля над деятельностью региональных фондов ОМС к повышению качества и доступности медпомощи в регионах

16 | Что может предотвратить или отсрочить развитие диабета

В последнее время в стране снизилась доступность медицинской помощи для больных детей из других регионов. Казалось бы, полис обязательного медицинского страхования (ОМС) наделил всех граждан РФ правом обследоваться и лечиться там, где им захочется. Но регионы начали вводить ограничения для иногородних плановых больных. В конце прошлого года новые правила заработали в Москве.

Память о розовом талоне

— услуги —



ОЛЕГ ХАРСЕЕВ

Вслед за регионами Москва начала контролировать госпитализацию иногородних плановых больных

В ноябре 2018 года вступил в силу приказ департамента здравоохранения города Москвы №757 «Об утверждении Регламента переводов пациентов между медицинскими организациями», который определил порядок госпитализации пациентов из других регионов в стационары города. На практике это означает, что теперь для того, чтобы планово перевестись в московскую больницу для получения более квалифицированной медицинской помощи, пациенту из другого населенного пункта приходится получать согласование от департамента здравоохранения Москвы, что очень усложняет процесс. Раньше таких детей московские клиники госпитализировали на свое усмотрение, а сейчас на перевод из региональной больницы, например, ребенка в тяжелом состоянии, когда время имеет очень большое значение, приходится ждать решения чиновников департамента.

Нужно подчеркнуть: речь идет только об оказании плановой медицинской помощи. Потому что неотложным больным помощь на территории страны по-прежнему оказывается в рамках неотложной и экстренной медпомощи, даже если полиса ОМС у них нет вообще.

Когда-то в столице уже было нечто подобное: лет десять назад в городе действовала система розовых талонов, которая существенно ограничивала доступ жителям других городов к столичной медицине. Чтобы иметь возможность попасть в стационар, подведомственный московскому департаменту здравоохранения, нужно было получить такой талон.

Но когда полис ОМС стал единым для всей страны, московская городская медицина перестала справляться с наплывом пациентов из других регионов. Видимо, власти решили урегулировать эту ситуацию. Член общественного совета при Минздраве РФ Алексей Старченко считает, что причина появления подобных приказов (а ограничительные документы приняли и другие регионы) в том, что у регионов часто возникают проблемы с получением оплаты медицинских услуг, оказанных по полису ОМС не по месту жительства: «Если пациент получает помощь в регионе, где он не проживает, в его территориальный фонд ОМС потом приходит счет. И тут начинается: фонд просит провести экспертизу, насколько обоснованно были оказаны медуслуги, и в ряде случаев отказывает в оплате. Разумеется, региону, оказавшему помощь, это не нравится: затраты нужно откуда-то компенсировать. Видимо, эта отсрочка платежей заставила столицу, где исторически более высокий уровень оказания медицинской помощи, ввести аналог розового талона. Москве требуются предварительные гарантии того, что помощь будет оплачена».

И все же, по мнению эксперта Всероссийского союза страховщиков Алексея Данилова, в новом порядке есть положительные стороны: «Доктору из региона было бы сложно сориентироваться в сотнях московских клиник. Подобный порядок не только позволяет наилучшим образом подобрать лечебное учреждение, но и помогает выявлять, в каких регионах имеется дефицит ресурсов или кадров по определенному профилю».

Председатель Общероссийской лиги пациентов Александр Саверский согласен, что эта ситуация — яркая иллюстрация того, что качество оказания медпомощи и уровень специалистов в разных регионах серьезно различаются: «70% пациентов хотят лечиться в Москве… Это результат несбалансированной политики в области здравоохранения. В Москве сконцентрирован огромный объем медицинских мощностей, которых в регионах не хватает».

Александр Саверский считает, что столице стоит приготовиться к наплыву жалоб от пациентов: «В последние пару лет случаев отказа в медпомощи иногородним пациентам в Москве практически не было. А до этого жалобы такого рода входили в пятерку лидеров из числа обращений к нам пациентов. Видимо, те времена возвращаются».

Алексей Старченко напомнил о недавней истории, когда ребенку из далекого российского городка, имеющему онкодиагноз, пытались под надуманным предлогом отказать в госпитализации в федеральный центр, куда у него к тому же было направление от врача: «В центре, куда мальчик приехал с мамой, потребовали согласования от — внимание! — московского городского Фонда ОМС и направления от московского департамента здравоохранения, к которым федеральный медицинский центр никакого отношения не имеет. Женщина позвонила в свою страховую медицинскую организацию, та связалась с федеральным медицинским центром и объяснила незаконность требований. В итоге мальчика госпитализировали».

Алексей Данилов напоминает, что обращение в страховую медицинскую организацию — очень эффективный путь для пациентов, которым пытаются отказать в том или ином виде помощи: «Пациент или его законный представитель может обратиться в свою страховую медицинскую организацию. Страховой представитель изучит медицинскую документацию и рассмотрит возможность маршрутизации (перевода в другую организацию) пациента, а при необходимости поможет ему во взаимодействии с медицинскими организациями».

Арина Петрова

Редкая инициатива

— администрирование —

С начала 2019 года препараты для пяти орфанных заболеваний централизованно закупаются Минздравом РФ. Вопрос централизации закупок обсуждался с момента создания списка дотируемых государством орфанных заболеваний — «Перечня 24» (2012 год). Это необходимо, поскольку регионы самостоятельно не справляются с финансированием лечения редких болезней, что критично отражается на состоянии пациентов.

● *Число лиц, включенных в региональные сегменты Федерального регистра больных редкими (орфанными) заболеваниями, в 2018 году достигло в России 17 015 человек, из них 8639 (50,8%) — дети. Орфанные заболевания являются одной из самых затратных статей бюджета регионального здравоохранения. С 2013 года расходы на эти цели выросли в четыре раза — до 20 млрд руб. в 2018 году.*

Попытки централизации

В феврале 2019 года премьер-министр Дмитрий Медведев сообщил на встрече с членами Совета федерации, что «разделяет идеологию» централизованных закупок препаратов от всех орфанных заболеваний. Ранее с такой инициативой выступал глава комитета Совфеда по социальной политике Валерий Рязанский.

Впервые четкое понятие орфанных заболеваний появилось в законе об охране здоровья, принятом в 2012 году. Согласно закону, это заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев на 100 тыс. человек. Тогда предполагалось, что правительство утвердит федеральный регистр редких болезней, которые дополнят госпрограмму семи высокозатратных нозологий. В результате появился «Перечень 24», хотя Минздрав насчитал 270 орфанных заболеваний. При этом обязанность закупать препараты для лечения редких болезней была возложена на регионы, и с тех пор вопрос о необходимости централизации закупок поднимался неоднократно. Причина — отсутствие в регионах средств, необходимых для обеспечения всех пациентов лекарствами в полном объеме. В результате отказа местных властей предоставлять лекарства пациенты были вынуждены обращаться в суд. Но даже если суд принимал сторону пациентов, решения о выдаче им необходимых лекарств зачастую не выполнялись.

Наиболее активно вопрос централизации обсуждается последние два года. В октябре 2017 года депутаты Госдумы представили законопроект, предполагающий расширение госпрограммы семи высокозатратных нозологий на шесть наиболее затратных заболеваний из «Перечня 24»: пароксизмальная ночная гемоглобинурия, гемолитико-уремический синдром, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура и мукополисахаридозы I, II и VI типов. По словам депутата Госдумы Ольги Епифановой, только 30 регионов «более или менее справляются с обеспечением орфанных заболеваний». Еще один автор законопроекта, депутат Госдумы Олег Николаев, добавлял, что больные вынуждены добиваться лечения через суд. При этом он приводил в пример Чувашию, где две семьи смогли выиграть дело в суде, но в правительстве региона господину Николаеву отвечали, что для решения их проблемы необходимо 140 млн руб., тогда как вся программа орфанных заболеваний в бюджете региона предусматривала 114 млн руб. в год.

В 2018 году разговор о необходимости централизации закупок лекарств для орфанных заболеваний продолжился. Члены Совета федерации направили в правительство законопроект, предполагающий расширение госпрограммы семи нозологий на пять заболеваний из «Перечня 24»: гемолитико-уремический синдром, юношеский артрит с системным началом, мукополисахаридоз (I, II, VI типов). Ими на тот момент страдали 2,1 тыс. человек. Стоимость их лечения, по данным верхней палаты парламента, составляет около 10 млрд руб. Предполагалось, что препараты для лечения этих болезней будут закупаться Минздравом уже с 2019 года. В это верилось с трудом. Но инициированные Советом федерации поправки к законодательству были приняты. Законопроект прошел чтения в Госдуме, и в ноябре прошлого года Дмитрий Медведев подписал постановление правительства РФ о внесении изменений в порядок обеспечения лекарствами граждан, страдающих редкими заболеваниями.

Документ, расширяющий федеральную программу «Семь нозологий», вступил в силу с 1 января 2019 года. В результате на федеральный уровень были переданы полномочия по закупке лекарств для лечения пяти орфанных заболеваний: гемолитико-уремического синдрома, юношеского артрита с системным началом, мукополисахаридозов I, II и VI типов. Как отмечала Татьяна Голикова, для этого в федеральном бюджете РФ на 2019–2021 годы дополнительно запланировано ежегодное выделение 10 млрд руб.

Документ также утвердил правила ведения федерального регистра лиц, страдающих редкими заболеваниями. Пациент, выехавший за пределы региона проживания, будет получать лекарства на срок приема, но не более чем на шесть месяцев. Кроме того, предусмотрена возможность перераспределения лекарственных препаратов между регионами при изменении численности больных. Минздрав России был наделен соответствующими полномочиями по мониторингу движения и учета лекарственных препаратов.

Терапия без перебоев

Централизованную закупку препаратов для лечения орфанных заболеваний в Минздраве решили провести досрочно, не дожидаясь вступления закона в силу.

с16

Свет спасения

— репортаж —

В Склиф (НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского) принимают всех. За те часы, которые корреспондент „Ъ“ провела в больнице, врачам приемного отделения пришлось не только безостановочно зашивать, останавливать кровотечение, вправлять и резать. Давая людям надежду, порой и жизнь.

За чертой

С XIX века институт Склифосовского — с начала основания Странноприимный дом, называемый в народе Шереметевской больницей,— одна из центральных больниц Москвы и страны. Сейчас Склиф — многопрофильный научно-практический центр, специализирующийся на оказании скорой медицинской помощи, неотложной хирургии, сочетанной и ожоговой травмах, неотложной кардиологии и острых отравлениях. В институте больше 40 научных подразделений, здесь работает почти 800 врачей. Ежедневно в Склиф поступает около 200 человек.

Каждого пациента отправляют сначала в приемное отделение, где их определяют в смотровые кабинеты, куда врачи приходят сами. «У нас 26 коек в приемном отделении. Нет очередей, никто не скандалит, не предъявляет претензий. Врачи совершают обход, говорят с каждым пациентом»,— говорит заведующий приемным отделением Роман Кузнецов.

На полу перед входом в приемное отделение надпись: посторонним вход воспрещен. Порог этой двери — условная граница между приемным отделением и операционными, реанимацией, перевязочными. Больных распределяют в отделения в зависимости от диагноза, а родственники остаются за линией. Совсем недавно в штат больницы приняли шесть психологов для поддержки родных: помощь им может потребоваться в любой момент. Психологи работают посменно, сутки через трое.

Врачи подходят к каждому вновь поступившему человеку, выясняют детали заболевания, заносят их в электронную карту больного, решают, что делать дальше.

Что дальше?

Молодой парень из Домодедово добрался до Склифа самостоятельно. В январе он сломал голеностоп и обратился в местную больницу, где ему сделали рентген и наложили гипс. Через месяц нога воспалилась, и молодой человек приехал в Склиф на такси. Он сидит на кровати в палате приемного отделения уже второй час, и дежурный хирург объясняет ему, что у него произошло смещение при переломе, и подмосковные врачи не сумели поставить кости на место. Случай непростой, и в разговор вступает второй хирург. Он предлагает операцию: «Если оставить все как есть, то нагрузка на сустав усилится, сотрется хрящ коленного или тазобедренного сустава, можно будет потерять ногу». Парень, немного подумав, решает делать операцию. Уходит домой и обещает приехать позже.

Другой молодой человек, спортивного вида, обратился в Склиф с жалобой на то, что у него потеряла чувствительность и перестала слушаться нога. А началось со спины, которая заболела в феврале, но он не обратил внимания, потом боли усилились, молодой человек пошел к остеопату. Остеопат, даже не отправив парня на МРТ, стал проводить манипуляции. Закончилось все тем, что у пациента стала отниматься правая нога. Врачи отправили пациента на МРТ, и оно показало большую грыжу, которую остеопат не раздавил по счастливой случайности.

Бубнит плазменный телевизор на стене, несколько минут все тихо. Внезапно тишина прерывается хлопаньем входных дверей, санитары вталкивают каталку с мужчиной, затем вбегает толпа растрепанных людей, а еще через пару минут ввозят каталку с молодой женщиной.

Выясняется, что поступившие — цыгане, судя по их паспортам, уроженцы Ростова-на-Дону. В приемном покое беготня, крики. Собравшиеся рассказывают хирургу Георгию Руруа, что произошло. Молодые люди, муж и жена, пострадали в ДТП в Мытищах, они были пассажирами легковой машины. Момента аварии они не помнят. Минут двадцать врачи тратят на выяснение обстоятельств и состояния здоровья поступивших, улаживание формальностей, после чего их по очереди отвозят на рентген, затем в перевязочную, берут анализы, на всякий случай тестируют на наличие в крови алкоголя. В итоге женщину госпитализируют с ушибом мягких тканей правой лобно-височной теменной области, а ее мужа с линейным переломом верней части грудины без смещения. Больных развозят по палатам, но родственники продолжают ждать вестей из перевязочной. Хирург выходит к ним и говорит, что травмы молодой пары не смертельны, все десять человек хором выдыхают, но домой не спешат. Родственники решают дежурить в Склифе по очереди. Персонал говорит, что это нормально.

Между тем на скорой привозят 93-летнюю женщину, и врач долго ждет, пока ее дочь подойдет и поможет переложить ее с одной каталки на другую. Но, так и не дождавшись, перекладывает ее сама, потому что дочери уже нигде не видно.

Нужен специалист

Бывает, что глубокой ночью приемное отделение Склифа замирает на пару часов. Но сегодня в смотровых палатах кипит работа. В отделении сосудистой хирургии врач расспрашивает и осматривает плачущую женщину.

с16

Тарификация смерти

— страхование —

Согласно результатам последних исследований в 20% случаев оказания медицинской помощи по ОМС в стране были допущены нарушения. Большая их часть — грубые нарушения, приводящие к летальному исходу. Основные причины этого — отсутствие эффективного оперативного контроля над деятельностью медучреждений и отсутствие сопровождения пациентов страховщиками на всех этапах оказания помощи. Усугубляет ситуацию неинформированность граждан. Пациенты не знают, что в случае проблем с оказанием медпомощи по ОМС надо обращаться в страховую компанию и она обязана их решить.

Окно возможностей

В 2018 году шесть крупнейших страховых медицинских компаний провели 13 млн экспертиз качества (Росздравнадзор — всего 5 тыс.). Согласно результатам сводной статистики, в 20% случаев оказания медицинской помощи в стране были допущены нарушения, в большинстве случаев грубые. 61% из них приходится на нарушение порядков и стандартов оказания медицинской помощи, что зачастую приводит к летальному исходу; примерно 15% нарушений связано с неправильным оформлением медицинской документации, когда история болезни не содержит и половины того, что она должна содержать, или написана так, что ничего нельзя разобрать, включая диагноз, что напрямую влияет на прогноз заболеваний.

с 14

Review Регион развития

Калужская область КФК АИРКО Агентство инновационного развития Калужской области

«Инвестор не должен потерять ни одного рубля, ни одного доллара»

Генеральный директор Агентства инновационного развития Калужской области **Анатолий Сотников** уверен, что для повышения инвестиционной привлекательности региона власти должны разделять с бизнесом риски, в том числе за возможные финансовые потери при реализации проекта. Об этом он рассказал „Ъ“.

— инвестиции —


Агентство инновационного развития - центр кластерного развития Калужской области

ЛОГИКА РАЗВИТИЯ

Анатолий Александрович Сотников, генеральный директор Агентства инновационного развития Калужской области. Окончил МИФИ по специальности «прикладная математика». Работал в Обнинском институте атомной энергетики, ректором Франко-российского института делового администрирования, директором обнинского филиала Государственного университета управления, преподавателем Шведского института менеджмента. Депутат Городского собрания города Обнинска в 2011–2015 годах. Депутат законодательного собрания Калужской области в 2004–2010 годах и в настоящее время.

— Фармацевтический кластер в Калужской области сформирован в 2011 году. Как бы вы охарактеризовали динамику его развития? Все ли цели, которые ставились в начале пути, на сегодня достигнуты?

— Когда мы начали формировать фармацевтический кластер в 2011 году, он был первым в Калужской области и одним из первых в России. Для нас на тот момент ключевой задачей было сфокусироваться на наиболее перспективных с точки зрения потенциала и динамики отраслях и создавать кластеры вокруг них. Фармацевтическая к таким, несомненно, относится. Основной задачей, стоявшей перед нами в то время, было понять, что необходимо фармацевтическим предприятиям, которые уже работали на нашей территории, и тем предприятиям, которые потенциально могли бы прийти к нам. Чтобы выстроить привлекательную для фармкомпаний модель, мы проанализировали опыт зарубежных стран, запросы крупных, средних и небольших фармкомпаний, сопоставили их с возможностями Калужской области. Таким образом, были сформулированы принципы, на основе которых развиваются региональные промышленные кластеры, в том числе фармацевтический.

Первый принцип связан с лоббированием интересов участников кластера — как в региональных, так и в федеральных органах власти. Понятно, что сила убеждения десяти компаний намного больше, чем одной, пусть даже очень крупной и известной компании.

Второй принцип — обеспечение отрасли квалифицированными кадрами. Здесь был создан центр подготовки кадров для фармацевтической отрасли.

Третье — достижение определенного синергетического эффекта. То есть мы стремились создать структуру, представляющую все звенья производственной цепочки: от доклинических и клинических исследований, разработки и производства фармсубстанций, промышленного выпуска готовых лекарственных средств до производства фармацевтической упаковки и утилизации отходов. Могу утверждать, что сегодня такая производственная цепочка создана.

Важнейший принцип — создание качественной инфраструктуры. Я имею в виду не только площадки для размещения производств, но и эффективную систему поддержки инновационной деятельности. Причем мы не стоим на месте, а постоянно совершенствуем инструменты и методы работы с бизнесом. Сегодня мы предлагаем понятные, прозрачные условия размещения на промышленных площадках области, снимая инфраструктурные риски инвесторов, оказываем консультационную помощь в формате «одного окна». 12 индустриальных парков и 2 площадки ОЭЗ ППТ «Калуга» предлагают условия, во многом опережающие потребности инвесторов. Сейчас активно заполняется боровская площадка ОЭЗ. Мы рассчитываем сконцентрировать на ней крупнейших фармпроизводителей. Учитывая специфику отрасли, под фармацевтические предприятия разработаны специальные налоговые режимы, причем начало льготного периода для фармацевтов не привязано к строительным процессам, а завязано на момент получения лицензии.

— Оправдал ли себя такой подход, если говорить о сегодняшних результатах?

— Инициаторами создания кластера выступили 12 фармацевтических компаний. Объем производства в 2012 году составлял чуть больше 5 млрд руб. По нашей стратегии в течение десяти лет мы планировали выйти на объем производства в 100 млрд руб. Кстати, в том же году мы вышли на конкурс, объявленный Минэкономразвития РФ по созданию пилотных инновационных территориальных кластеров. По его результатам калужский Кластер фармацевтики, биотехнологии и биомедицины получил статус пилотного инновационного кластера. Надо сказать, что это помогло нам получить государственную финансовую поддержку, которая позволила подготовить порядка 700 специалистов, открыть центр подготовки кадров для фармотрасли на базе медицинского факультета института атомной энергетики, входящего в Национальный исследовательский ядерный университет.

Если брать численные показатели, то динамика оказалась несколько медленнее намеченной из-за специфики строительства фармзаводов. Тем не менее по итогам прошлого года объем продукции, выпускаемой предприятиями кластера, составил более 52 млрд руб. То есть с 2012 по 2018 год по объемам продукции наш кластер вырос в десять раз. Уверен, в ближайшие три года у нас есть шанс выйти на запланированные в стратегии развития цифры и выйти на объемы выпускаемой продукции и услуг в 100 млрд руб.

— Какими уникальными особенностями, на ваш взгляд, обладает Калужская область для привлечения инвесторов?

— В свое время Агентством стратегических инициатив был разработан «Стандарт по обеспечению благоприятного инвестиционного климата в регионах». Могу сказать, что порядка 90% практик этого стандарта сформулировано на основе опыта Калужской области.

Я считаю, что главное отличие Калужской области в том, что у нас есть инвестиционная философия. То есть система взаимодействия региональной власти с деловыми партнерами, которая транслируется по всей вертикали власти: от губернатора до муниципального чиновника.

В самом начале нашей работы по созданию комфортного бизнес-климата мы искали, что может привлечь в регион крупные иностранные или российские компании. Льготы? Несомненно. Но здесь мы не особо отличаемся, потому что практически каждый регион предлагает такие льготы. Поэтому формула, которая была выработана, состояла в том, что инвестор вне зависимости от того, какую страну, отрасль или формат бизнеса он представляет, гарантированно получает полностью подготовленную инфраструктуру, пакет налоговых льгот и комплексную административную поддержку со стороны специализированных институтов развития. Такой подход обеспечивает быстрый старт, и инвестиционные вложения начинают работать максимально оперативно.

У инвестиционной философии, взятой нами на вооружение, есть ряд ценных для инвестора принципов. Во-первых, инвестор не должен потерять ни одного рубля, ни одного доллара. Если он теряет свои средства и в этом есть вина администрации Калужской области, мы готовы нести за это ответственность. Во-вторых, мы никогда не навязываем инвестору свои услуги, право выбора всегда за ним. Например, западные инвесторы чаще всего приходят к нам в область со своими партнерами, которые помогают им строить предприятия.

— Как вы охарактеризуете темпы и эффективность импортозамещения, которое идет в области?

— В настоящее время кластер объединяет 64 предприятия и организации. В том числе у нас работают четыре завода так называемой «биг фармы». Активно строятся еще несколько предприятий фармацевтических компаний мирового уровня. Все работающие в формате кластера компании имеют непосредственное отношение к процессам импортозамещения. По крайней мере потому, что раньше производимые фармгигантами препараты завозились из-за рубежа, а после локализации производства в Калужской области они производятся у нас. Доля таких компаний составляет более половины в обороте фармкластера нашей области. Это одна стороны вопроса.

В этом же направлении развиваются и российские заводы. Так, в прошлом году была введена линия по производству генетических тестов, которые на 98% завозились в страну. В итоге порядка 50% потребности в этих генетических препаратах будет производиться на заводе отечественной компании «Ниармедик Фарма». Кроме того, не так давно Обнинская химико-фармацевтическая компания получила эксклюзивные права на ряд препаратов японской компании для родовспоможения. Этот ряд можно продолжать долго, но достаточно сказать, что более 60% препаратов, выпускающихся сейчас в нашей области,— прямое импортозамещение.

Также в прошлом году в нашем кластере компанией «НовоНордиск» реализован большой и важный проект: установлена линия, которая серьезно увеличивает глубину локализации производства инсулина. Субстанция производится только на одном заводе в Дании, а все остальное приготовление препарата происходит в России.

— Как в области решается проблема кадров для фармпредприятий?

— Кадровый вопрос — ключевой для таких кластеров, как наш. Еще в 2012 году в кластере совместно с немецкими партнерами нами был подготовлен полный набор специалистов для нового завода компании «Берлин Хеми/Менарини». Центр был создан рядом с заводом на базе одного из калужских лицеев. Но после того как фокус строительства сместился на север области, ближе к границам с Московской областью, было принято решение о подготовке кадров для фармацевтической промышленности на базе факультета Института атомной энергетики. Сегодня там готовят как магистров, так и бакалавров, и выпускники еще за год до окончания вуза разбираются предприятиями.

Уровень подготовки в вузе высокий, поскольку практически 90% преподавателей — специалисты фармпредприятий области, кандидаты и доктора наук, которые работают в исследовательских подразделениях фармацевтических компаний.

Конечно, проблема подготовки высококвалифицированных кадров всегда будет существовать. Но подготовленные в университетах области специалисты закрывают основные потребности предприятий, поскольку на заводах не требуется очень много сотрудников. На самых крупных фармацевтических предприятиях работают максимум 200–300 сотрудников, это высокотехнологичные и высокопроизводительные заводы. Так что ежегодный выпуск 40–50 молодых специалистов на сегодня закрывает проблему подготовки молодых кадров.

— На ваш взгляд, все ли необходимые условия созданы сегодня в Калужском кластере для его дальнейшего развития или необходимо еще что-то предпринимать?

— В любом случае основной задачей для нас остается увеличение локализации не только в плане конкретного производства препаратов, но и создания конвейеров и технологических цепочек: от разработки препарата до его вывода на рынок. И мы над этим работаем. Например, в Калужской области реализован проект грузовой деревни «Фрейт Вилладж». Сегодня это крупнейший в ЦФО логистический центр, соединяющий важнейшие международные транспортные коридоры. Он предоставляет целый комплекс экспедиционно-сервисных услуг. В контексте фармкластера важно, что в транспортно-логистическом центре работает таможня с лучшими показателям скорости растаможивания в стране — до трех часов, а также есть необходимые мощности по холодному хранению грузов. Это значительно облегчает процессы выпуска и транспортировки фармсубстанций, ведь в большинстве случаев подобные грузы имеют ограниченный срок хранения.

Кроме того, мы понимаем, что необходимо увеличивать мощности по переработке отходов. В свое время мы провели исследование и определили, что требуется утилизировать до 8 тыс. тонн отходов разного уровня опасности. Сейчас инвестором уже построен завод по переработке 1,5 тыс. тонн наиболее опасных отходов, и мы намерены продолжать работу в этом направлении.

Для нас остается очень важным привлечение новых инвесторов. В среднем мы рассчитываем, что каждый год в формате нашего кластера будут строиться два-три фармацевтических предприятия. Также мы стремимся к тому, чтобы в кластере были локализованы не только производственные мощности, но и разработка фармпрепаратов — возникали исследовательские подразделения. Некоторые результаты есть уже сегодня. В рамках поддержки пилотных инновационных кластеров нам были предоставлены ресурсы из регионального и федерального бюджетов почти на 150 млн руб. На эти средства мы закупили самое современное оборудование и создали региональный инжиниринговый центр, где сейчас ведутся разработки новых препаратов. Мы считаем, что локализация на территории Калужского кластера R&D-подразделений позволит повысить конкурентоспособность всех предприятий кластера.

Беседовал Константин Анохин

здравоохранение

Тарификация смерти

— страхование —

с13

Особенно тяжелая ситуация, по данным проверок, сложилась с оказанием медицинской помощи при сердечно-сосудистых и онкологических патологиях — двух основных причинах смертности населения. При остром коронарном синдроме (предынфарктное состояние), если допустить инфаркт миокарда, человек в перспективе станет инвалидом. Но если вывести пациента в нестабильную стенокардию, можно избежать инвалидности.

Современные медицинские технологии позволяют это сделать в «окне возможностей» — в первый час после появления симптомов. Если успеть доставить человека в больницу, провести ангиографию и поставить стент, он избежит инфаркта. Если сделать это на следующие сутки, случится инфаркт.

В пятерку лидеров по сердечно-сосудистой смертности традиционно входила Брянская область. Проверки страховых компаний показали, что в половине районов области при остром коронарном синдроме не использовали наркотические обезболивающие. Вместо них врачи скорой помощи применяли анальгин с димедролом. Для пациента с острым коронарным синдромом это означает, что через 15 минут синдром перерастет в коронарный шок, после чего шансы на выживание пациента будут составлять всего 20%. Отсюда и гигантская смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в регионе. Главный врач скорой помощи впоследствии объяснял, что фельдшеры не могут правильно списать наркотические обезболивающие, а он садиться не хочет.

Онкозапущенность

По результатам проверок в двух российских регионах — Брянской и Мурманской областях — из трех онкобольных с запущенной болезнью два неоднократно обращались к врачам, и те не выявили заболевания. Записи в амбулаторных картах свидетельствуют о том, что человек полгода ходил по врачам: у него есть несколько визитов к терапевту, гастроэнтерологу, хирургу, он прошел диспансеризацию, даже лежал в стационаре. И вдруг у него появляется онкологический диагноз с отдаленными метастазами повсюду, с огромной опухолью с прорастанием в соседние органы. Такая ситуация за три дня и даже за три месяца сложиться не может.

Очень много случаев рака ротоглотки пропущено стоматологами. В медицинских картах они описывают его как язвенное образование, но никаких действий — ни взятия биопсии, ни направления к онкологу — не предпринимают. Характерный пример: женщина 26 лет, трое детей, обнаружила у себя новообразование молочной железы и обратилась за специализированной медицинской помощью в онкологический диспансер, где провели УЗИ, по косвенным критериям сочли опухоль доброкачественной и пригласили на очередное обследование через полгода. Итог: распространенные метастазы и умирающая больная.

Стандарт оказания медицинской помощи в данном случае предполагал взятие биопсии. Если бы это вовремя сделали и прооперировали женщину, она, скорее всего, осталась бы жива.

В Омске в возрасте 52 лет скончалась женщина, которую долго лечили от пневмонии, бронхита и бронхиальной астмы, отправляли в платные клиники. В итоге госпитализировали по скорой и лишь тогда поняли, что у нее рак, но так и не установили какой: женщина скончалась в онкодиспансере. Никто из врачей не ответил за непрофессионализм. В местном минздраве объяснили, что больная сама виновата: лечение ведь получала, но поздно обратилась в онкодиспансер.

В терапевтическое отделение одной из региональных больниц поступила женщина 24 лет с подозрением на пиелонефрит — патологию беременности. В истории болезни — четыре анализа крови, указывающих на то, что у нее развивается сепсис. Лечащий врач не оценил результаты анализов, не назначил дополнительных исследований. Пациентку десять дней держали в обычной палате, никуда не переводя и не обследуя, и довели до развернутой картины сепсиса, когда ее уже не удалось спасти.

В Свердловской области от аппендицита скончалась 29-летняя больная: в течение недели ей не смогли поставить правильный диагноз. И таких примеров в России тысячи.

Причем если больного с пневмонией госпитализируют в дерматологию или больного с сепсисом — в терапию и в результате неправильного лечения они умирают, то 40% от стоимости тарифа медучреждение все равно получит.

Немало нарушений выявляется и при проверке диспансеризации. К примеру, в амбулаторных картах появляются массовые отказы от маммографии. Добрая часть этих отказов — фикция, уверяют эксперты качества. Несмотря на то что рак молочной железы — основной онкологический диагноз у женщин во всем мире, врачи считают маммографию необязательной и не предлагают это исследование. И в Федеральном фонде ОМС об этом знают. Но поскольку 85% исследований, входящих в перечень диспансеризации, пройдено, страховая компания должна оплатить услугу — штрафа не будет. При этом в «необязательные» 15% всегда попадает маммография. Отсюда и позднее выявление в России рака молочной железы, уверены эксперты. Чтобы кардинально изменить ситуацию, необходимо внести маммографию в обязательный перечень, считают страховщики.

Упал замертво

Поражает тарифная сетка штрафов медучреждениям за нарушения, приведшие к смерти пациента. Штрафы, которые может наложить СМО на медорганизацию за дефекты в оказании медицинской помощи, не должны превышать 1% финансирования медучреждения в данный интервал времени. При этом 75–80% суммы штрафа возвращается государству, остальное поступает в доход страховой компании. Размеры штрафов разработаны и утверждены федеральным Минздравом.

Если пациент пришел в больницу с острым инфарктом миокарда, но его не приняли и, выйдя из больницы, он упал и умер, то штраф для медорганизации составит три подушевых норматива. Для Москвы это 30 тыс. руб. Но поскольку в каждом субъекте РФ свой подушевой норматив, в регионах штраф за отказ в медицинской помощи, повлекший смерть пациента, будет меньше. Штраф за непрофильную госпитализацию, которая чревата летальным исходом, составляет 60% стоимости тарифа.

Это дефект нашего законодательства, считают страховщики. Штрафные санкции должны нести профилактическую функцию: не делай того, чего делать нельзя, потому что придется заплатить большой штраф. В нашем случае штрафные санкции копеечные, поэтому они не работают. Медорганизации их не боятся, поэтому не стремятся повышать качество медицинской помощи.

Всероссийский союз страховщиков неоднократно вносил в Минздрав предложения увеличить штрафы за нарушения в оказании медицинской помощи, передавать результаты экспертиз в Следственный комитет, информировать пациентов о том, что их лечили неправильно. Но страховщикам запрещают это делать: боятся массовых обращений в суд. Минздрав не хочет ссориться с врачами.

Дефект законодательства

Распространенная в России практика — записи о несуществующих визитах к врачу — приписки. Медорганизации вовсю этим пользуются, чтобы получить плату за несделанную работу. Была ли запись в амбулаторной карте фиктивной, можно выяснить только у самого застрахованного, спросив, был он у врача или нет. Страховщики опрашивают пациентов, если выявляют признаки искажения документации.

Согласно нормативам Минздрава РФ, штраф за приписки составляет 90% от объема приписки. Но поскольку страховые компании имеют право запросить для проверки не больше 0,5% амбулаторных карт, то невыявленные факты приписок сходят медикам с рук совершенно безнаказанно.

Проблема российского здравоохранения в том, что у нас нет реальных контролеров. Россия — единственная страна, где контролер и исполнитель медицинской услуги — одно и то же лицо либо, как в случае с Росздравнадзором, контролер подчиняется исполнителю — Минздраву.

Организаторы здравоохранения в лице региональных минздравов всячески сопротивляются вневедомственному контролю, пытаясь подменить его контролем внутренним.

Заставить медицинскую организацию работать хорошо может либо конкуренция, либо повышение зависимости контракта главного врача от результатов работы медучреждения, считают страховщики.

Ухудшает ситуацию неинформированность граждан. Пациенты не знают, что в случае проблем с оказанием медицинской помощи надо обращаться в страховую компанию и она обязана их решить. Наши люди не готовы поверить, что кто-то ими будет заниматься. В обществе сложился стереотип поведения: терпеть и платить. И умирать.

Светлана Белостоцкая

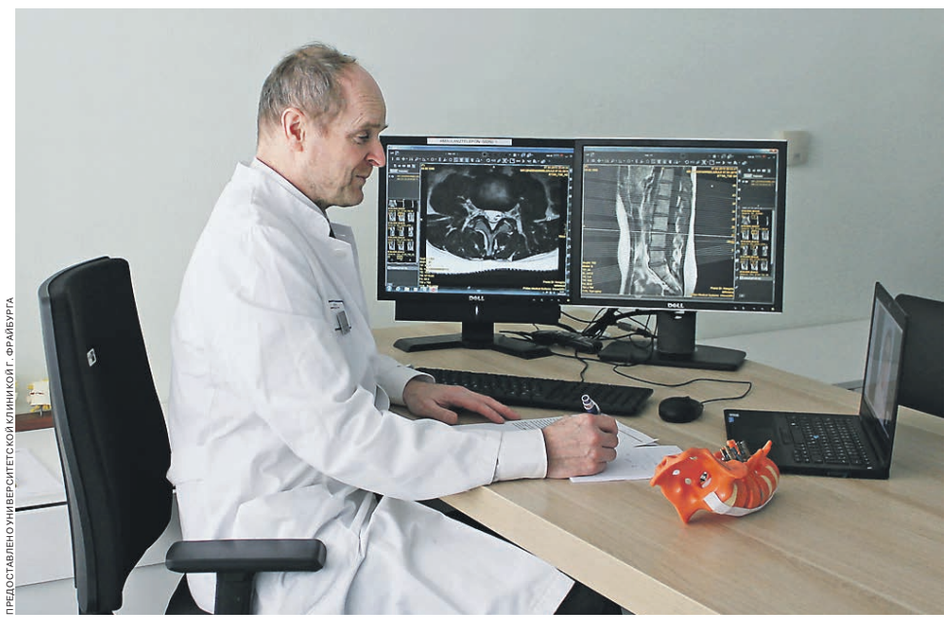
Review Практики лечения

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG *

Медицина без границ

Удаленные консультации врача в режиме телеконференции становятся все более доступными. Такой формат оперативнее и значительно дешевле обычного визита, например, если необходимо проконсультироваться со специалистом в другом городе или стране. Одна из крупнейших клиник Европы, университетская клиника Фрайбурга, вот уже больше десяти лет предлагает пациентам со всего мира и из России услуги телемедицины.

— технологии —



ПРЕДОСТАВЛЕНО УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКОЙ Г. ФРАЙБУРГА

Университетская клиника Фрайбурга для пациентов всего мира расширяет услуги телемедицины. На снимке профессор Ульрих Хуббе, заведующий секцией хирургии позвоночника отделения нейрохирургии, во время сеанса телемедицины

Хорошая новость

Попасть к доктору еще не значит решить все проблемы. Нередко бывает, что врачи не уверены в диагнозе, или предлагают противоречивые варианты лечения, или не предлагают никакого варианта вовсе. Или предложенный вариант не помогает. Постановка диагноза и подбор терапии — дело непростое и небыстрое. Попав в подобную ситуацию, человек начинает искать альтернативные решения: на форумах, в медицинских статьях, через знакомых — вдруг есть еще какой-то способ, который нам не предложил врач? Правильно ли поставлен диагноз?

В такие моменты люди особенно уязвимы: без медицинского образования трудно что-либо понять, а тем более найти правильное решение. Хотелось бы получить мнение эксперта, найти «своего» врача, но быстро и без лишних сложностей. И такая возможность существует. Речь идет о телемедицине.

Цифровизация набирает обороты, теперь и в сфере здравоохранения. Интернет стирает границы между государствами: теперь он дает возможность получить из дома консультацию у зарубежных врачей. Действительно, работающему человеку выбраться к врачу, тем более заграничному специалисту, зачастую трудно или даже невозможно.

Врач в мониторе

Телемедицина в России активно развивается. Все чаще пациенты из отдаленных регионов консультируются с врачами из крупных медицинских центров при помощи интернета. Более того, есть возможность обратиться за консультацией и к иностранным врачам. Обсудить свои проблемы с высококлассным специалистом, например, немецкой клиники, не выходя из дома и не тратя на это значительных средств,— вариант, который сегодня вполне реален и доступен.

Телеконсультация отличается от обычного визита к врачу только тем, что пациент и доктор видят друг друга не вживую, а на экране монитора. Выглядит это как видеозвонок через приложение на ноутбуке, планшете или смартфоне, только с использованием защищенной программы связи.

Но тут возникает важный вопрос: как найти подходящего специалиста по конкретному заболеванию? Ведь если обращаться за консультацией в немецкую клинику, то только к опытному врачу, известному в своей области медицины. Можно поискать информацию о нужных специалистах в интернете, спросить своего лечащего врача или знакомых. А можно просто связаться с одной из немецких университетских клиник.

Будущее уже сейчас

Университетские клиники занимают особое место в системе здравоохранения Германии. Клиника на базе университета представляет собой комплекс из множества профильных медицинских центров, целый медицинский город, в котором работает несколько тысяч врачей.

Отличительной особенностью университетских клиник является то, что их врачи не только лечат пациентов, но и занимаются научной деятельностью: руководят исследованиями, внедряют новейшие разработки, проводят сложнейшие операции и высокотехнологичные обследования. Университетские клиники — это медицина будущего уже сейчас. Важно и то, что во многих университетских клиниках есть отделы, которые помогают иностранным пациентам организовать приезд и лечение.

В Университетской клинике города Фрайбурга Центр международных медицинских услуг работает уже почти 20 лет. С 2008 года его сотрудники организуют помимо обычных амбулаторных и стационарных приемов и услуги телемедицины. За телеконсультациями к врачам фрайбургской клиники обращаются пациенты со всего мира, но большая часть телеконсультаций проводится для пациентов из стран бывших советских республик.

Возможности телеконсультации

Конечно, у телеконсультаций есть свои особенности и ограничения. Поскольку врач не может физически обследовать пациента в некоторых областях медицины, например, офтальмологии и дерматологии, телеконсультации невозможны в силу специфики обследования. Но если обследования уже сделаны, консультирующему врачу достаточно заранее ознакомиться с результатами, посмотреть снимки (МРТ или КТ), а потом, задав пациенту уточняющие вопросы, дополнить историю болезни.

Беспокоиться о том, что разговору с врачом может помешать языковой барьер, не стоит. На консультации обязательно присутствует переводчик, владеющий медицинской терминологией. Его предоставит организующая сторона.

Экономия времени и денег

В отдел телемедицины люди обращаются с разными диагнозами и целями. Одни собираются приехать на лечение или обследование в Университетскую клинику Фрайбурга и хотят узнать, какую программу им предложат и будет ли эта программа отличаться от предложенной на родине. В таких случаях телеконсультация заменяет первичный прием. На ее основе врач разрабатывает предварительный план лечения, и пациент приезжает во Фрайбург на уже подготовленную для него программу. Таким образом, можно существенно сэкономить время и деньги. Например, прилететь сразу на операцию, а не ждать после первичного приема, когда появится возможность включить его в операционный план.

Другие пациенты не планируют приезжать в клинику и обращаются за «вторым мнением» фрайбургских специалистов. «Нужно ли оперировать грыжу? Есть ли альтернатива химиотерапии? Можно ли облучить опухоль? Как лечат пациентов с моим диагнозом в вашей клинике?» — эти и другие вопросы можно обсудить с врачом Университетской клиники в формате телеконференции. Порой немецкий доктор соглашается с действиями российских коллег и рекомендует продолжать начатый план лечения. В таких случаях главным результатом телеконсультации является то, что пациент успокаивается, узнав, что на родине его лечат наилучшим образом, и он получает все необходимое. К тому же вновь экономятся время и деньги: вместо того чтобы ехать за границу и проходить дорогостоящие обследования, можно прямо из дома выяснить, что нужды в этом нет. Это особенно важно для пациентов, находящихся в тяжелом состоянии.

«Мы победили болезнь!»

А иногда на телеконсультациях случается чудо: врачи берутся помочь в тех случаях, которые другие назвали безнадежными. Несколько пациентов (их имена изменены) поделились с „Ъ“ своим опытом.

Евгений о своей жене Надежде, 46 лет, Москва:

«Три года назад у моей супруги обнаружили рак кишечника с метастазами в печени. Экстренно прооперировали и выписали, грубо говоря, „умирать“. С четвертой стадией речи об излечении даже не шло. Но мы не хотели сдаваться, стали искать другие пути и так вышли на Университетскую клинику во Фрайбурге, где сильное онкологическое отделение. Хотели сразу же приехать, но возникли сложности с визой и отпусками, поэтому нам предложили сначала узнать мнение главного врача отделения гастроэнтерологии, гепатологии, эндокринологии и инфектологии, онколога, профессора, доктора медицинских наук Роберта Тимме в режиме телеконсультации. Профессор сумел разобраться дистанционно в состоянии супруги. Оказалось, ситуация не безнадежная. Мы прилетели в клинику на первый курс химиотерапии, который жена перенесла хорошо, остальные курсы по такой же схеме продолжили уже в Москве. После 4-го курса при помощи международного отдела переслали профессору Тимме результаты новых обследований. Он обсудил их с коллегами, и нам было предложено удалить метастазы в печени. Второй раз мы прилетели во Фрайбург на операцию к профессору Штефану Фихтнер-Файгелю (профессор д. м. н., главный врач отделения общей и висцеральной хирургии), и он буквально дал Наде вторую жизнь. Он смог убрать все метастазы и при этом сохранить печень. После операции мы продолжили курс химии. Конечно, было тяжело. Но на проверочных обследованиях уже два с лишним года никаких новообразований. Мы полностью победили болезнь!»

Елена, 60 лет, Иркутск:

«В конце года у меня сильно разболелась спина. Боли были настолько невыносимыми, что пришлось обратиться к городскому терапевту. Тут и началось: МРТ позвоночника, таблетки горстями, больничный, бессонные ночи. Диагноз был поставлен сразу: невринома в грудном отделе позвоночника. Через две недели мне предстоял визит к нейрохирургу для обсуждения операции. Бывший одноклассник из Германии посоветовал обратиться за „вторым мнением“ в клинику во Фрайбурге. Я сама особо интернетом не пользуюсь, да и иностранные языки совсем забыла. Я нашла адрес электронной почты, и написала на русском письмо с описанием жалоб. К моему удивлению, ответили на следующий день и предложили онлайн-консультацию. Мне помогли установить программу для связи. Переводчика тоже организовали. Посмотрев мои снимки МРТ, профессор Ульрих Хуббе (профессор, д. м. н., заведующий секцией хирургии позвоночника отделения нейрохирургии) меня сразу успокоил: диагноз не страшный, и операция не нужна. Единственное, что мне он посоветовал, это сделать еще одно МРТ через шесть месяцев, чтобы посмотреть динамику. Я так рада, что сразу не легла под нож! Спина и правда прошла сама по себе. Скоро нужно будет отправить новые снимки МРТ и пройти следующую консультацию. Обращусь снова к „моему“ доктору».

Анастасия Кажан

Контактные данные отдела телемедицины Университетской клиники Фрайбурга.
telemedicine-ims@uniklinik-freiburg.de
https://ims.uniklinik-freiburg.de/ru/vtoroe-mnenie.html

* Возможны противопоказания, необходима консультация специалиста

МАСШТАБ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

Университетская клиника города Фрайбурга — одно из крупнейших медицинских учреждений мира. Она была основана на базе медицинского факультета Фрайбургского университета имени Альберта и Людвига более 560 лет назад. Клиника объединяет целый ряд отделений, институтов и центров, в которых работают около 13 тыс. человек. В разные годы здесь трудились и преподавали многие выдающиеся врачи, в том числе лауреаты Нобелевской премии. В клинике ежегодно проходят лечение более 92 тыс. стационарных и 880 тыс. амбулаторных пациентов. Клиника входит в тройку крупнейших в Германии.

здравоохранение

Закладывается в детском возрасте

— рейтинг —

„Ъ“ и Startsmile представляют пятый ежегодный рейтинг детских частных стоматологических клиник России. В нем представлено рекордное количество участников — более 400 частных стоматологических учреждений — и отмечен рост новых услуг.

По традиции клиники разделены на две категории: работающие дольше трех лет и меньше трех лет. В проекте могла принять участие любая стоматологическая клиника, которая имеет хотя бы один стоматологический кабинет, оборудованный для приема детей, и профильного специалиста в штате. Система оценки насчитывала более 200 критериев, которые охватывали все стороны деятельности стоматологической клиники. Главные факторы, наиболее заметно влияющие на итоговую оценку, связаны с количеством и разнообразием услуг, с уровнем специалистов, их опытом работы и образованием, профессиональными наградами и достижениями. Отдельно проверялось наличие входа для людей с ограниченными возможностями.

Одна из основных задач детской клиники состоит в том, чтобы успокоить ребенка и провести лечение так, чтобы у ребенка не осталось неприятных воспоминаний. Еще один очень важный критерий — атмосфера и наличие оборудованной игровой зоны. Основы культуры ухода за зубами и восприятие врачей закладываются именно в детском возрасте.

Исследование, проведенное в 2019 году, выявило ряд новых тенденций. Количество стоматологических клиник, которые стали предоставлять услуги детям, выросло в стране на 35%. Это не связано с появлением новых клиник, их число практически не растет второй год подряд. Детские отделения открывали действующие клиники и медицинские центры, в которых раньше их не было. Это важно, учитывая острый дефицит профильных стоматологических учреждений для детей.

Отмечено увеличение числа профильных специалистов. Если в прошлом году опыт работы врача в детской стоматологии составлял в среднем 10 лет, то сейчас появилось большое число молодых врачей, чей опыт работы с детьми не превышает пяти лет.

Некоторые клиники заявили о появлении в клиниках специалистов, подготовленных для лечения особенных детей. Это важный шаг, поскольку раньше таким детям было сложно получить качественную стоматологическую помощь, многие клиники отказывались принимать «особенных» пациентов, ссылаясь на отсутствие специалистов.

Большинство клиник в качестве основного канала продвижения выбрали интернет. Поэтому качество сайтов клиник неуклонно повышается, совершенствуются их дизайн и информативность.

Отмечены и негативные тенденции. Достаточно большое количество клиник заявляло о предоставлении услуг по лечению зубов детям, однако имели они только «взрослую» лицензию. Другие стоматологии дублировали информацию о специалистах в штате и представляли их как детских врачей, хотя эти врачи не имели соответствующих дипломов и сертификатов.

Большинство клиник не указывают опцию безналичной оплаты услуг. Некоторые даже отказываются принимать оплату по карточкам. По мнению экспертов, такая позиция продиктована желанием сэкономить на уплате налогов.

Все еще незначительно число клиник, оказывающих детям срочную травматологическую помощь и имеющих памятки для родителей с описанием необходимых действий при травмах. А это важная информация, поскольку меры, которые должны быть приняты еще до приезда к врачу, помогают спасти зуб.

Региональные клиники в целом уступают стоматологиям Москвы и Санкт-Петербурга, однако и в регионах есть учреждения высокого уровня, которые вошли в топ-10. Первая двадцатка стоматологий с большим отрывом опережает клиники из нижней части таблицы. В 2019 году победители прошлых лет подтвердили свой статус: эти клиники следуют передовым тенденциям и определяют вектор развития всей отрасли.

Юлия Клоуда, Startsmile

Топ-100 стоматологических клиник, работающих на рынке детской стоматологии дольше трех лет

Стоматология RuDenta Kids	Москва	Пр-д Березовой Рощи, 8
Стоматология для детей «Дентал Фэнтези»	Москва	Ул. Молодогвардейская, 2, к. 1
Детская стоматология «Вероника»	Санкт-Петербург	Ул. Савушкина, 12а
Детская стоматология «Зубренок»	Москва	Балаклавский просп., 4, к. 8
Клиника детской стоматологии «Меди на Московском»	Санкт-Петербург	Московский проспект, 79
Iceberg clinic	Москва	Ул. Щукинская, 2
Детская стоматология «Доктор Добряков»	Омск	Просп. Карла Маркса, 16
Детская стоматология «Дентика Kids»	Воронеж	Ул. Ленина, 104б
Семейная зубная клиника «Щелкунчик»	Москва	Ул. Зои и Александра Космодемьянских, 39
Детская стоматология «Табиб бэби»	Уфа	Ул. Российская, 45
Детская стоматология для всей семьи Natadent	Москва	Ул. Зоологическая, 32
Профессорская стоматологическая клиника на Арбате	Москва	Ул. Арбат, 9, с. 2
«Мегадента Клиник»	Екатеринбург	Ул. Кузнечная, 83
Семейная стоматология Family Smile	Москва	Ул. Воронцовская, 20
Клиника «Медицина»	Москва	2-й Тверской-Ямской пер., 10
Клиника «Планета детства»	Москва	Ул. Кантемировская, 20
«Дент-а-мед»	Чебоксары	Ул. Водопроводная, 22
Детская стоматология «Малыш и Карлсон»	Москва	Ул. Улофа Пальме, 1
Семейный стоматологический центр «Диал-Дент»	Москва	Кожевнический пр-д, 4/5, с. 5
Центр детской стоматологии «Виртуоз»	Воронеж	Ул. Владимира Невского, 14
Стоматология «МиПоль»	Москва	Куркинское ш., 17
Европейский медицинский центр	Москва	Ул. Трифоновская, 35
Детская клиника «Дентал-Сервис»	Новосибирск	Ул. Ленина, 17
Детская стоматология «Диадент»	Санкт-Петербург	Просп. Просвещения, 53
Детский стоматологический центр «Маркушка»	Москва	Ул. Уральская, 23, к. 4
«Подмосковье»	Ярославль	Ул. Некрасова, 41
Детская стоматология «Дента Бэйби»	Люберцы	Ул. 3-е Почтовое Отделение, 90
Центр стоматологии «Астрея» («Астрея Kids»)	Красноярск	Ул. Ладо Кецховели, 71
Стоматология «Дентвилль»	Балашиха	Просп. Ленина, 21
«Городская стоматология»	Казань	Ул. Мавлютова, 48
«Семейная стоматология»	Омск	Ул. Серова, 16б
Клиника семейной стоматологии «Медгарант»	Санкт-Петербург	Ул. Бадаева, 6, к. 1
Стоматология «Май»	Москва	Симферопольский бульв., 29, к. 1
Стоматология «Медилайн»	Ульяновск	Ул. 40-летия Победы, 9
Estetica Dental Clinic	Хабаровск	Ул. Морозова Павла Леонтьевича, 89
Центр персональной стоматологии Владимира Новикова	Москва	Лопухинский пер., 3, с. 3
Стоматология Mira	Красноярск	Ул. Урванцева, 12
Стоматология «ДомоденТ»	Домодедово	Ул. 1-я Коммунистическая, 31б
Стоматология «Практик»	Самара	Просп. Ленина, 16
Клиника щадящей стоматологии «Пандент»	Санкт-Петербург	Ул. Типанова, 4
Семейная стоматология «Клиника доктора Машукова для детей и взрослых»	Иркутск	Ул. Маршала Жукова, 11/3
«Мазот»	Москва	Ломоносовский просп., 25, к. 5
«Дента-Люкс»	Тверь	Ул. Московская, 26
«Стоматология на Смоленской»	Москва	Карманицкий пер., 9
Детская стоматология «Классик Дент»	Екатеринбург	Ул. Мамина-Сибиряка, 36
Детская клиника «Тари Лэнд»	Хабаровск	Ул. Ким Ю Чена, 44м
Детская стоматология «Мартинка»	Москва	Ул. Профсоюзная, 58, к. 4
Детская стоматология «СМ-Доктор»	Москва	Волгоградский просп., 42, с. 12
Стоматология «Ольга»	Волгоград	Ул. Комсомольская, 6
Сеть детских стоматологий «Динозубрик»	Нижний Новгород	Ул. Варварская, 8/22
Частная практика Ирины Зайцевой	Москва	Ул. Вавилова, 7
Стоматология «Доктор Пломбир»	Москва	Ул. Новодмитровская, 2, к. 2
Стоматология «Волшебная улыбка»	Москва	Ул. Твардовского, 12
Happy Dents	Москва	Ленинский просп., 111, к. 1
«Дент мастер»	Архангельск	Троицкий просп., 158
Orange Clinik	Москва	Новоясеневский просп., 13, к. 2
Детский стоматологический центр «Сказка»	Москва	Ул. Косыгина, 5
Клиника «Хорошая стоматология»	Санкт-Петербург	Учебный пер., 2
Центр эстетической медицины «Ваш стоматолог»	Воронеж	Бульв. Пионеров, 17б
Семейная стоматология «Домостом»	Домодедово	Ул. 1-я Коммунистическая, с. 1
Стоматология «Здоровье»	Санкт-Петербург	Ул. Бабушкина, 3
«Приор-М»	Екатеринбург	Ул. Жукова, 14
«Бест клиник»	Москва	Новочеремушкинская, 34, к. 2
«Зубoff»	Красноярск	Свободный просп., 28а
«Моя семья»	Реутов	Юбилейный просп., 16
Семейный стоматологический центр	Москва	Ул. Дмитриевского, 1
«Смайлик»	Нижний Новгород	Ул. Варварская, 40а
Научная стоматология «Наудент»	Москва	Ул. Гризодубовой, 1а
Стоматология «Прайм-стоматология»	Рязань	Ул. Советской Армии, 9
Стоматология «Интерстом»	Сыктывкар	Ул. Ленина, 111
Центр косметологии и стоматологии «Палкинъ»	Санкт-Петербург	Ул. Бармалеева, 2, лит. А
Клиника доктора Осиповой	Москва	Ул. Островитянова, 9, к. 1
Современная стоматология «Гелиосдент»	Екатеринбург	Ул. Победы, 7
Стоматология «Лада»	Ижевск	Ул. Родниковая, 74
Клиника «Стоматологические технологии»	Ижевск	Ул. Красногеройская, 60
Первая детская стоматологическая клиника George Dental Group	Владивосток	Ул. Светланская, 157
Детская стоматология «Уткинзуб»	Москва	Высоковольтный пр-д, 1, к. 3
Детское отделение стоматологии «Лазурь»	Волгоград	Ул. Коммунистическая, 10а
Стоматология «Белая медведица»	Санкт-Петербург	Выборгское ш., 23, к. 2
«Бэби Вита дент»	Москва	Ул. Белореченская, 38, к. 2
Лечебно-исследовательский центр «МКС Стоматология»	Екатеринбург	Ул. Союзная, 8
Детская стоматология BabyDent	Челябинск	Ул. Братьев Кашириных, 54г
«Стамус»	Краснодар	Ул. Хакурате, 34
RecomenDent	Новосибирск	Ул. Салтыкова-Щедрина, 118
Стоматология «Реутдент»	Москва	Ул. Калинина, 26
«Омдент»	Омск	Ул. Красногвардейская, 40
Стоматологический центр «Валлекс»	Москва	Старокалужское ш., 62, к. 8
Клиника семейной стоматологии «Династия»	Рязань	Ул. Середы, 36
«Доктор Келлер»	Ростов-на-Дону	Просп. Стачки, 150
Клиника высоких технологий «Академия стоматологии»	Набережные Челны	Московский просп., 112
Стоматология «Блеск»	Владивосток	Народный просп., 19
Академия пластической хирургии, медицинской косметологии и эстетической стоматологии Atribeaute Clinique	Санкт-Петербург	Новочеркасский просп., 33, к. 3
Центр семейной стоматологии	Москва	Ул. Дмитриевского, 1
Детская стоматология «Эскулап»	Краснодар	Ул. Индустриальная, 121
Стоматология для детей и взрослых «Стоматоша»	Воронеж	Ул. Кольцовская, 2
Семейная стоматологическая клиника «Илатан»	Москва	Пр-д Дежнева, 19, к. 1
«32 Дент»	Москва	Нагатинская наб., 18, к. 1
Стоматологическая клиника «Мега-Дент»	Тюмень	Ул. Чернышевского, 2б
Детская клиника «Зубная фея»	Липецк	Ул. Теперика, 13а
Семейная стоматология «Интердент»	Москва	Ул. Артамонова, 16, к. 1

**Полная таблица на сайте startsmile.ru*

Топ-20 стоматологических клиник, работающих на рынке детской стоматологии менее трех лет*

Стоматологическая клиника InWhite Medical	Москва	Ул. Мосфильмовская, 53
Стоматологический центр «Ионика»	Москва	Ул. Соловьиная Роща, 16
SkyDent Kids	Новосибирск	Ул. Военная, 9/2
Центр детской стоматологии «32 Практика»	Пермь	Комсомольский просп., 28а
«Апельсин»	Москва	Ул. Тайнинская, 17, к. 1
Стоматология для взрослых и детей «Белый кофе»	Хабаровск	Ул. Советская, 50
Центр семейной медицины «Олимп здоровья»	Воронеж	Ул. Театральная, 23/1
Детский инновационный стоматологический центр «Гулливер»	Уфа	Ул. Софьи Перовской, 54
Клиника детской стоматологии «София и Матвей»	Краснодар	Ул. Московская, 79/1
«Добрый доктор»	Тверь	Ул. Брагина, 18
«Стильдент»	Новосибирск	«л. Гоголя, 38
«Белозор»	Екатеринбург	Ул. Билимбаевская, 35
Happy Smile	Калининград	Ул. Юрия Гагарина, 13
«Семейные традиции»	Краснодар	Ул. Селезнева, 242 лит. Г
Стоматологический центр «Добрый день»	Кемерово	Ул. Соборная, 12
Стоматология «Диас-дети»	Краснодар	Ул. Селезнева, 242/1
Детская клиника «М-Дентика»	Псков	Ул. Кузбасской Дивизии, 24
Smart Clinic	Тольятти	Ул. Спортивная, 8а
Стоматологическая клиника «Корона»	Красноярск	Ул. Академика Киренского, 71–78
Стоматологическая клиника «Новая стоматология»	Краснодар	Ул. Бабушкина, 295

**Полная таблица на сайте startsmile.ru.*

здравоохранение

Свет спасения

— репортаж —

с13

Ей 63 года, она приехала из Германии навестить родителей, планировала отдохнуть, но поднялось давление, повысилась температура, и ее доставили на скорой с подозрением на тромбоз и инсульт. Женщине больно наступать на ногу, передвигается она с трудом. Ноги отечные, на левой красные пятна, видны сосуды. В левом глазу пациентки лопнули капилляры. Женщина просит отпустить ее домой, но хирург подозревает тромбоз и отпускать не собирается, однако и в приемном оставлять ее нельзя. Нужен специалист.



ЮРИЙ МАРТЬЯНОВ



ЮРИЙ МАРТЬЯНОВ



ЮРИЙ МАРТЬЯНОВ

Отказать скоропомощным пациентам в больнице не имеют права. Институт Склифосовского с XIX века остается одной из главных больниц Москвы и страны

Хирург звонит старшему травматологу, объясняет, что ситуация чревата вторичным тромбозом, и просит разрешить госпитализацию. Коллега разрешает оставить пациентку в больнице, и врач объясняет плачущей женщине, что ее жизнь в опасности и стоит остаться в больнице хотя бы до утра. Спустя пять минут она соглашается.

А хирург бежит в другую палату, где его ждет парень из Рузы, которому 3 марта нанесли удар ножом. Помощь ему оказали, но затем он был вынужден обратиться в Склиф: подскочила температура. Врач осматривает рану и говорит, что нужна госпитализация, а затем идет к следующему пациенту: этого ударили в спину отверткой. Рентген показал, что легкое не задето, чтобы обработать колотую рану, больного приглашают в перевязочную.

Перевязочная занята. Тут зашивают рану на голове у пациентки. «Ой, сделайте красиво, я с людьми работаю, не могу ходить с раскроенной головой!» — кричит больная. Она лежит на каталке, кровь из раны на лбу стекает по волосам. Рану женщина получила дома: падая, ударилась о ручку двери.

Мелькает изогнутая игла, гремят инструменты, охает пациентка. Через несколько минут операция завершена, больной перевязывают голову. «Если бы рана не кровоточила, мы зашили бы ее через край и быстрее, а в этом случае надо было взять на пинцет сосуд и прошить его»,— объясняет врач. Зашивать раны в районе головы и шеи ей и ее коллегам приходится нередко.

Есть такие раны, которые может зашить только микрохирург. К нему и отправили москвича, поступившего в приемное отделение с разодранным левым запястьем: с обеих сторон сорван громадный лоскут кожи, виднеются мышцы, сухожилия, как в учебнике по анатомии. Это последствия укуса самца игуаны, который живет вместе с пациентом и его женой в 30-метровой однокомнатной квартире. Игуану привезла жена, и до сих пор животное вело себя мирно. «Не понял даже, как это получилось, помню, что он подошел, цапнул, и кровь брызнула так, что испачкала все стены и потолок»,— говорит пациент.

Вызывают микрохирурга, он забирает пациента в операционную и три часа зашивает ему порванную лучевую артерию, промывает рану и бинтует руку. Жена пострадавшего тем временем рассказывает, что с игуаной они «вообще-то дружат, только зверь сегодня почему-то сбесился».

«Зверь у нас вместо ребенка. Такой забавный, хороший. Но у игуаны начался гон, и он, видимо, приревновал меня к мужу, вот и напал на него. Все внезапно произошло. Когда кровь хлынула, я схватила мужа за окровавленное запястье, а другой рукой — телефон. Приехали врачи, и тут же все поехали сюда».

Мужчину оставят в больнице на пять дней, последствия укуса рептилии труднопредсказуемы. Пострадавшего ждет непростой процесс реабилитации. Он еще не знает, что ему придется терпеть соседство игуаны и дальше, жена расставаться с животным не намерена.

После пострадавшего от игуаны в приемное отделение привозят девушку с забинтованными по локоть руками: ее покусал домашний кот породы тайский бобтейл.

История банальная: с наступлением весны кот начал гадить в квартире, и, вместо того чтобы отнести животное кастрировать, девушка тыкала кота носом в его экскременты. И кот отомстил: напал на хозяйку и оставил на руках без малого двадцать укусов и царапин. Пациентке промывают, обеззараживают, перевязывают раны. Уходя из приемного покоя, она говорит, что усыпит кота, как только вернется домой. Врачи уверяют, хозяевам в таких случаях стоит винить не животных, а себя. «Как им объяснить, что держать в доме животных — это огромная ответственность? — говорит медсестра.— Укушенные и раненые приходят к нам почти ежедневно. Завели зверя — следите за ним, иначе последствия испытаете на своей шкуре».

Принимают всех

В штате НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского около 800 врачей и научных сотрудников. Из них примерно половина — медсестры и врачи. Кадры медучреждение готовит само. Здесь работает учебно-клинический отдел, в котором ежегодно обучаются более 200 клинических ординаторов. Открыта аспирантура по хирургии, нейрохирургии, трансплантологии. Ежемесячно проводятся курсы повышения квалификации со сдачей сертификационного экзамена для врачей. Все опрошенные нами врачи пришли сюда сразу после института и менять работу не собираются. Средняя зарплата врача в Склифе — 60–90 тыс. И это в условиях постоянного стресса, цейтнота, работы в режиме многозадачности с множеством пациентов. «Остальное зависит от выработки, занятости, квалификации медика»,— рассказывает главный врач больницы Сергей Патрикеев.

Врачи отмечают сезонность травм. С переломами больше всего обращаются с мая по сентябрь и с декабря по февраль, особенно перед праздниками. Пик перегревов и отравлений приходится на середину лета, всплеск укусов бешеных животных — на март-апрель.

Нагрузки бывают разные, говорят в приемном отделении. Работы хоть отбавляй, особенно в конце недели. В пятницу поступают с переломами, вывихами. Во время чемпионата мира было столько пациентов, что хоть домой не уходи: было лето, а в это время наплыв пациентов с отравлениями, перегревами, ранениями, переломами. Нагрузка примерно на 30% повышается. Плюс футбольный чемпионат, пострадавших фанатов было много. Как-то привезли двух австралийцев с сотрясением мозга: после проигрыша своей команды они бились лбами друг о друга. А уж сколько фанатов получили переломы рук и ног, в больнице и подсчитать затрудняются. Многие нетрезвые, и приходится с ними мириться. Отказать в помощи в больнице не имеют права, даже если пациент пьян.

Из Склифа мы уходили около шести часов утра. Еще темно. Внезапно иссяк поток больных. В окнах приемного отделения на первом этаже горел свет. Это был свет спасения. Теперь я наверняка это знаю.

Анна Героева

Метод повышения

— инструменты —

В 2019 года федеральный фонд ОМС (ФОМС), который прежде мог лишь рекомендовать вносить изменения в террпрограммы, получил право контроля над деятельностью региональных фондов ОМС. Введен принцип «двух ключей»: регион утверждает разработанную им программу территориальных госгарантий в Федеральном фонде ОМС, а затем у руководителя департамента здравоохранения региона. Ожидается, что это прекратит массовое занижение тарифов ОМС в регионах и будет способствовать повышению качества и доступности медпомощи.

Финансовые проблемы, накопившиеся в системе ОМС за четверть века ее существования, будут решать путем централизации системы. Уже с нынешнего года ОМС окажется под контролем федерального центра — это необходимо для ликвидации многомиллиардного дефицита территориальных программ.

Система ОМС, в которой застрахованы 146,4 млн человек (61,4 млн работающих и 85 млн неработающих граждан, данные за апрель 2017 года), выглядит устойчивой. Рост бюджета ОМС обеспечен ростом поступлений страховых вносов. Объем средств ФОМС с каждым годом увеличивается: в 2018 году он составлял около 2 трлн руб., в 2019 году плановый прирост составил 11%, или более чем 200 млрд руб. С 2013 года базовая программа ОМС является бездефицитной. В 2018 году в базовую программу включили два приоритетных направления: развитие медпомощи по профилю «онкология» и медицинской реабилитации. Впервые в рамках базовой программы был установлен норматив объема медпомощи по профилю «онкология» в условиях круглосуточного и дневного стационара. Дорогостоящая высокотехнологичная медпомощь (ВМП) продолжает «погружаться» в ОМС: в 2013 году ее получили 505 человек, в 2018-м — больше 1 млн. В прошлом году был учтен перевод шести методов лечения в перечень видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, с финансовым обеспечением в размере 734,4 млн руб.

С 2019 года в базовую программу ОМС переведены виды ВМП, которые ранее не были в нее включены: стентирование коронарных артерий и эндопротезирование тазобедренных суставов. Этот тренд является одним из поводов для частных клиник подключиться к системе ОМС — сейчас в ней работают более 9 тыс. медорганизаций и 43 страховые компании. В Минздраве считают, что тарифы на услуги в системе ОМС экономически привлекательны для бизнеса, ведь число частных структур, которые работают в ОМС, с каждым годом растет. Если в 2013 году из 8059 медорганизаций, вовлеченных в систему ОМС, лишь 1029 представляли частный сектор, то к 2018 году из 9145 их было уже 2782.

С 2013 года система ОМС перешла на одноканальное финансирование с последующим внедрением единой тарифной политики — в частности, был введен единый подушевой финансовый норматив базовой программы ОМС. Однако до сих пор Минздраву не удалось из 85 региональных разрозненных программ ОМС выстроить четко работающий финансовый механизм.

Может быть, потому, что общую картину в 2018 году по-прежнему портили регионы: территориальные программы госгарантий были существенно недофинансированы. В Минздраве такое положение дел назвали не иначе как «самой большой финансовой бедой». За шесть лет внедрения единого подушевого норматива базовой программы ОМС, которая покрывает более 90% объема оказываемой населению медпомощи, его размеры тоже заметно выросли. Средние подушевые нормативы финансирования базовой программы за счет бюджета ОМС в 2018 году составляли 10,8 тыс. руб.— во столько государство оценивало среднестатистическое лечение одного среднестатистического застрахованного в ОМС пациента.

Однако регионы при формировании своих территориальных программ госгарантий (с учетом подушевого норматива, численности населения и коэффициента дифференциации) стараются сэкономить и формируют программы исходя из своих понятий и цифр, пренебрегая тем, что в норматив они должны были заложить в прошлом году 3,5 тыс. руб. из своего бюджета в расчете на одного жителя. Или еще хуже: занижают цифры уже после утверждения тарифных соглашений. Например, в Дагестане, Ингушетии, Астраханской, Калининградской и Тамбовской областях власти платили вдвое меньше — менее 1,6 тыс. руб., а в Республике Марий Эл нашли только 983,2 руб. из положенных 3,5 тыс. руб. По данным Счетной палаты, 52 региона в 2018 году установили подушевой норматив финансирования ниже значения, утвержденного правительством. В результате тарифы были занижены, дефицит терпрограмм ОМС за 2018 год составил более 65 млрд руб. Помимо низкой финансовой дисциплины терфонды пренебрегали точностью подсчетов в своих тарифных соглашениях (подписывали терфонд и регионы). В 2018 году лишь 18 из 85 субъектов РФ смогли предоставить тарифные соглашения, к которым у Федерального фонда ОМС (ФФОМС) не было замечаний. В Минздраве отмечали, что нарушения в терфондах выявляют, но повлиять на них не могут: наложение штрафов на терфонды только ухудшило бы положение людей, получающих медуслуги в системе ОМС.

С 2019 года ФФОМС, который мог раньше только рекомендовать вносить изменения в территориальные программы, получил новую компетенцию — фактически контролера за деятельностью региональных фондов. Введен принцип «двух ключей»: теперь регион в течение пяти дней утверждает разработанную им программу территориальных госгарантий в Федеральном фонде ОМС, а затем у руководителя департамента здравоохранения региона. В ФФОМС и Минздраве считают, что такой контроль над тарифными соглашениями субъектов РФ не даст занижать тарифы по ОМС в регионах, более того, позволит повысить качество и доступность медпомощи. Впрочем, претензий к системе ОМС по-прежнему немало: уже много лет говорится о ее неэффективности, о декларативности ее страховых принципов и об отсутствии реальных страховых механизмов.

Дарья Николаева

ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ

В России локализовано производство препарата, который считается золотым стандартом в лечении диабета и предшествующего ему заболевания — предиабета.

Заболеваемость диабетом приняла характер эпидемии. Больше 8 млн жителей России сегодня живут с сахарным диабетом 2-го типа (СД 2), и с каждым годом их число растет. По данным ВОЗ, к 2030 году СД 2 войдет в число семи заболеваний, имеющих наивысший процент смертности. А вот о таком состоянии, как предиабет, известно пока немногим. Между тем, рассказывает академик РАН, директор ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России Марина Шестакова, предиабет, согласно результатам всероссийского эпидемиологического исследования NATION, есть почти у 20% россиян. Значит, эти люди находятся в одном шаге от сахарного диабета 2-го типа, поскольку у них в организме уже начались патологические изменения. Но у большей части из них он может и не перейти в стадию диабета — при условии своевременной диагностики и вовремя назначенного адекватного лечения.

Уровень глюкозы в крови контролируется с помощью нескольких гормонов, в первую очередь инсулина, который вырабатывается в поджелудочной железе. При предиабете уровень глюкозы в крови превышает норму, но еще не настолько высок, чтобы поставить диагноз «диабет». Не случайно специалисты говорят о 10–12-летнем периоде, предшествующем диабету 2-го типа. Диагностика состоит в определении уровня глюкозы в плазме или в проведении глюкозотолерантного теста и/или теста на определение уровня гликированного гемоглобина крови.

«Выявление предиабета чрезвычайно важно, ведь таким образом мы сможем предотвратить или отсрочить развитие более тяжелого заболевания»,— говорит руководитель института диабета ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, доктор медицинских наук профессор Гагик Галстян. Риск развития СД 2 у людей с предиабетом значительно уменьшает изменение образа жизни (здоровое питание, регулярные физические нагрузки, снижение избыточной массы тела). У многих из них лабораторные показатели возвращаются в норму. Если этого оказывается недостаточно, пациенту может быть назначена медикаментозная терапия, которая при условии здорового образа жизни может привести к полному излечению. По мнению большинства специалистов, золотым стандартом в лечении диабета является метформин, который показан и при лечении предиабета, то есть способен остановить или как минимум надолго отсрочить развитие СД 2. Производство этого препарата локализовано у нас в стране одной из самых молодых российских компаний, «Нанолек», производственные мощности которой находятся в Кировской области. Маттиас Вернике, генеральный директор российского подразделения немецкой компании Merck Biopharma, подчеркивает, что компания в свое время открыла и вывела на рынок метформин под торговым названием глюкофаж. Предполагается, что объем выпуска лекарственного средства составит 400 млн таблеток в год, что сможет удовлетворить потребности российских пациентов в этом препарате.

Алёна Жукова

Редкая инициатива

— администрирование —

с13

О таком решении в ноябре 2018 года сообщила директор департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медизделий министерства Елена Максимкина, ссылаясь на постановление Верховного суда, согласно которому нарушение законодательства возможно, если вопрос связан с жизнью или здоровьем гражданина, поясняла госпожа Максимкина.

В итоге в декабре 2018 года Минздрав провел десять тендеров суммарно почти на 4 млрд руб. на поставку лекарств для лечения орфанных заболеваний. Как следует из материалов госзакупок, было проведены тендеры на поставку четырех препаратов для больных юношеским артритом с системным началом: тоцилизумаб (205,8 тыс. упаковок), канакинумаб (190,5 тыс.), алалимумаб (175 упаковок) и этаренцепт (40,3 тыс. упаковок). Кроме этого министерство закупило 87,5 тыс. упаковок экулизумаба, применяемого в лечении гемолитико-уремического синдрома, 78,5 тыс. упаковок ларонидаза, предназначенного для лечения мукополисахаридоза I типа, и 15,7 тыс. упаковок идурсульфаза (мукополисахаридоз II типа).

Среди регионов-получателей по этим тендерам лидировала Москва с долей 16,8%, подсчитали в AlphaRM. За ней следовали Московская и Ленинградская области (6,96% и 5,25% соответственно), а также Санкт-Петербург с долей 3,29%. Наибольший объем закупок в денежном выражении (644,3 млн руб.) пришелся на Центр лекарственного обеспечения департамента здравоохранения города Москвы.

Новая централизованная система госзакупок лекарств для орфанных заболеваний уже работает. Например, в объявленном в декабре 2018 года аукционе на поставку препарата для терапии мукополисахаридоза II типа было заявлено достаточное количество упаковок, позволяющее обеспечить потребности пациентов с этим заболеванием на 2019 год. До 10 февраля во все указанные в контракте регионы препарат уже был поставлен, при этом пауз в лечении при переходе с системы региональных закупок на федеральную не произошло.

Фармпроизводителям новая система также удобна, так как она предполагает работу в рамках единого государственного тендера с одним покупателем — Минздравом, отмечают в компании Takeda. Об этом же говорят эксперты компании Shire. Предположительно централизация позволит сэкономить до 30% бюджетных средств, так как при закупке препаратов на их стоимость не будут влиять региональные наценки.

Открытый список

Но централизация закупок препаратов для пяти орфанных заболеваний не решила проблему целиком. Остается еще 19 редких болезней, и в этих случаях ответственность за обеспечение пациентов лекарствами по-прежнему несут регионы. Важно то, что за годы существования «Перечня 24» в России появились новейшие препараты для лечения этих болезней, но проблема своевременного доступа к ним не решена до сих пор. Сам факт существования этих препаратов дает надежду тяжелобольным людям, но препятствия в виде длительного процесса постановки диагноза, который может растянуться на годы, а также регионального финансирования, зачастую не оставляют им шансов на лечение. Опыт включения в федеральное финансирование других нозологий свидетельствует о том, что централизация значительно улучшит обеспечение пациентов необходимыми лекарствами, а значит, и результаты лечения, и состояние здоровья больных. Благодаря расширению госпрограммы высокозатратных нозологий рынок поставок лекарств для лечения орфанных заболеваний станет прозрачнее, цивилизованнее, с меньшим количеством посредников и более выгодной структурой закупок и поставок, а цены предсказуемыми и более стабильными.

Алиса Леонидова

Тематическое приложение к газете «Коммерсантъ» («Здравоохранение»). Учредитель: АО «Коммерсантъ». Адрес: 127055, г. Москва, Тихвинский пер., д. 11, стр. 2. | **Владимир Желонкин** — генеральный директор АО «Коммерсантъ», главный редактор газеты «Коммерсантъ» | **Сергей Вишневский** — руководитель фотослужбы | **Рекламная служба:** Тел. (495) 797-6996, (495) 926-5262 | **Владимир Лавицкий** — руководитель службы «Издательский синдикат» | **Владислав Дорофеев** — выпускающий редактор | **Ольга Боровягина** — редактор | **Сергей Цомык** — главный художник | **Екатерина Липатова, Галина Кожеурова** — фоторедакторы | **Екатерина Бородулина** — корректор | **Адрес редакции:** 121609, г. Москва, Рублевское ш., д. 28. Тел. (495) 797-6970, (495) 926-3301 | Ограничение: 16+