РЕГИСТРАТУРА
Лечим меланому по-современному

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ
Онкогематология с Ириной Поддубной

СРЕДСТВА
Сколько платят доктору

ТЕРАПИЯ
Если болен ребенок

РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ

НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЁРСТВО

№ 2 (19) НОЯБРЬ 2015
ОБЩЕСТВЕННО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ ВЕСТНИК

ЛЕКАРСТВА НЕ ВПИСАЛИСЬ В ЦЕНОВУЮ ПОЛИТИКУ

ЧТОБЫ УМЕНЬШИТЬ УДАР ОТ РОСТА ЦЕН НА ЛЕКАРСТВА, МИНЗДРАВ РАСШИРИЛ ПЕРЕЧЕНЬ ЖНВЛП

Несмотря на обещания властей, остановить рост цен на лекарства им пока не удается. В Минздраве собираются применить новые рычаги госрегулирования, чтобы обеспечить доступность лечения. Для этого был расширен перечень жизненно важных лекарств и строятся планы по импортозамещению.

НОВЫЕ ЦЕНЫ

Согласно данным Росстата, только с января по сентябрь лекарства подорожали почти на 24% по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. И, по прогнозам экспертов, к концу года цены вырастут еще на 10–15%. Причем дорожают даже лекарства из перечня ЖНВЛП (жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты), цены на которые регулируются государством. Их индексацию Минздрав объяснил тем, что терпящие убытки производители лекарств нижнего и среднего ценового сегмента могут уйти с рынка: сегодня некоторые зарегистрированные цены оказались ниже уровня рентабельности.

Давить на цены продолжает девальвация рубля: большая часть медикаментов на российском рынке это импорт, так же как и сырье для отечественного производства. В роли последнего чаще всего выступают те же международные фармкомпании, локализованные в России, иногда российские производители, выпускающие дженерики, и очень редко отечественные инновационные предприятия.

Девальвация рубля – свершившийся факт, и цены на лекарства неизменно придут в соответствие со сложившимися реалиями, что уже не раз происходило во время резких скачков валюты, считает генеральный директор российского фармацевтического предприятия ООО «Изварино Фарма» Орест Ибрагимов. «Опыт предыдущих кризисов показал, что фармацевтический бизнес – один из самых «неубиваемых» секторов экономики. И в гораздо большей степени, чем производители, страдают пациенты, вынужденные покупать лекарство, сколько бы оно ни стоило», – отмечает он.

В Минздраве ситуацию с розничными ценами на жизненно важные препараты считают стабильной. По заявлению министра Вероники Скворцовой, цены на более чем 20 тысяч лекарственных форм, охватываемых перечнем ЖНВЛП, с начала текущего года выросли в рознице на 7,4%, в госпитальном сегменте – на 5,4% (то есть ниже инфляции). При этом ведомству удалось обеспечить не только ценовую стабильность, но и ассортиментную. По данным министра, лекарства, не регулируемые государством, подорожали в среднем на 15%, причем в нижнем стоимостном сегменте практически на треть. «Независимо от колебаний валютного рынка цены под абсолютным госконтролем, – заявила Скворцова на пресс-конференции в сентябре. – Мы предпринимаем множество усилий, в том числе вводим новую методику ценообразования, изменяем закупочную политику с удерживанием и сокращением цен».

Продолжение статьи на стр. 4

НОВЫЕ ПРАВИЛА

Обуздать цены на лекарства поможет референтное ценообразование, считает министр.

«Все воспроизведенные препараты будут дешевле, –

Продолжение статьи на стр. 6

Михаил ДАВЫДОВ,
главный онколог Министерства здравоохранения РФ, директор ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, академик РАН:

«ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РАБОТАЕТ НА ОБРАЗОВАНИЕ ВРАЧЕЙ»

О реформе онкологической службы, о том, будет ли разрешен конфликт между технологиями и финансами, о положении врачей в регионах, о целях, средствах, тупиках и надеждах корреспондент газеты беседует с Михаилом Давыдовым.

– Михаил Иванович, вы много говорили о реформе онкологической службы, которую планировали провести. На каком этапе она находится сейчас?

– Сегодня, по сути, эта реформа только началась и реализуется совместно с Министерством здравоохранения при нашей поддержке. Как и было запланировано, мы выстраиваем вертикальную структуру управления системой онкологической помощи. Предполагается четырехуровневая система, где главные усилия по методологической коррекции всех программ онкологической диагностики и лечения будут перенесены на региональные и федеральные институты и на диспансеры, которые находятся в этом регионе. Такая вертикаль позволит взаимно корректировать все процессы, которые необходимо поддерживать.

Лев ДЕМИДОВ, онколог

ЛЕЧИМ МЕЛАНОМУ ПРОГРЕССИВНО

О выявлении на ранней стадии, иммуноонкологической терапии и других современных методах лечения меланомы корреспондент газеты беседует с врачом-онкологом Львом Демидовым.

– Лев Вадимович, изменилось ли восприятие меланомы за годы вашей работы? Считается ли эта болезнь столь же безнадежной, как и десятки лет назад?

– Отношение к меланоме в профессиональной среде изменилось не сильно. Меланому по-прежнему считают фатальным заболеванием. Во многом это справедливо, поскольку чаще лечение начинается уже в запущенной стадии, когда в определенном смысле «поезд ушел». Если бы мы могли значительную часть пациентов выявлять на ранних стадиях, хирургического лечения было бы достаточно для стойкого результата, скажем, в 90% случаев. Мы достаточно много работаем в направлении ранней диагностики меланомы кожи: создали сайт с возможностью дистанционного консультирования людей с родинками, ведем активную профилактическую деятельность в социальных сетях. Проводим элективные курсы для студентов-выпускников, обучая их основам ранней диагностики. Поскольку именно студенты, будущие специалисты разных медицинских специальностей – наши помощники в ранней диагностике меланомы кожи.

– Для лечения запущенных стадий меланомы какие новые тенденции являются знаковыми, прогрессивными?

– Следует выделить два новых направления в лечении. Первый – использование киназных ингибиторов. Это BRAF- и MEK-ингибиторы, которые очень удачно вошли в практику за последние четыре года. Данные препараты работают при наличии у пациентов мутации в гене BRAF. Она встречается примерно у 50% пациентов.

Другой новый метод – использование регуляторов иммунного ответа. Мечты о лечении болезни при помощи собственных сил организма существовали всегда. Сегодня это стало возможно. Созданы препараты, которые воздействуют не на раковые клетки, а на клетки иммунной системы, либо активируя их, либо защищая от преждевременной гибели. Применение таких препаратов, как ипилимумаб, и препаратов второго поколения (ниволумаба, пембролизумаба) доказывает, что иммунная система может заработать самостоятельно, если ей помочь.

– Как конкретно это работает?

– Вся иммуноонкология построена на применении препаратов, которые по сути своей не являются противоопухолевыми. Лекарства, о которых мы говорим, относятся к классу моноклональных антител. Они блокируют определенную молекулу на поверхности лимфоцита, в результате чего лимфоцит приобретает другие свойства. Ипилимумаб не обладает прямым противоопухолевым действием, я бы сказал, это комплементарный агент, который делает лекарством лимфоцит. Другие иммуноонкологические препараты нового поколения действуют на рецепторы программируемой смерти, которые находятся как на лимфоцитах, так и на опухолевых клетках. Клетки управляются сложными механизмами, которые своевременно выводят их из цикла жизни. Опухолевая клетка может действовать на рецепторы лимфоцита, в результате чего иммунная клетка «испускает дух» раньше времени. В этом случае лимфоцит нуждается в защите, иначе он погибнет, не проявив своей активности. Препарат, созданный в виде моноклонального антитела, не дает произойти взаимодействию между лигандом опухолевой клетки и рецептором иммунной клетки. В результате «солдат остается боеспособным».

– Какой прогноз у пациента при таком лечении?

– На фоне иммунотерапии ипилимумабом приблизительно у 20% пациентов достигается эффект. Он выражается не только в уменьшении размеров опухоли, но и в длительной стабилизации болезни, то есть признаки болезни в организме могут сохраняться, но при этом сама болезнь не прогрессирует. Таким образом, иммунитету нужно время, чтобы справиться с болезнью. Этим иммунотерапия отличается от химиотерапевтического лечения, когда обычно уже после двух курсов терапии становится понятно, эффективно лечение или нет.

– Расскажите, пожалуйста, о собственном опыте применения иммуноонкологической терапии при меланоме.

– Наш опыт использования ипилимумаба в лечении метастатической меланомы составляет более 160 пациентов. У нас есть несколько ярких клинических примеров эффективности иммунотерапии ипилимумабом при выраженном метастатическом поражении. К примеру, у одного нашего молодого пациента был крупный метастатический очаг в печени. При лечении ипилимумабом противоопухолевый ответ возник не сразу, а медленно развивался в течение года, и в итоге метастаз в печени уменьшился.

Результаты нашего использования ипилимумаба совпадают с данными более масштабных исследований. Программа расширенного доступа, в которой участвовали и мы, проводилась во многих странах. Благодаря этой программе наши пациенты получили современное лечение, а мы приобрели бесценный опыт иммунотерапии меланомы кожи.

100 тысяч человек было обследовано в сентябре в рамках третьей Европейской недели ранней диагностики рака головы и шеи. Акция прошла в 27 российских городах при поддержке НП «Равное право на жизнь» и компании «Мерк». Население проверяли онкологи, отоларингологи, стоматологи, челюстно-лицевые хирурги. Искали не только онкологию, но и опасные патологии, которые могут привести к раку.

В ЗОНЕ РИСКА

каждый четвертый исследованный онкодозором на выявление рака головы и шеи

Игорь Решетов – профессор, д.м.н., ведущий хирург-онколог России, специалист по опухолям в области головы и шеи – рассказал, что специалисты сами приезжали на большие предприятия и проверяли всех желающих. А в медицинских учреждениях участники акции попадали на прием к врачу без очереди. В результате масштабного онкодозора проверили 100 тысяч человек, у 1% обследованных был обнаружен рак головы или шеи. 25% попали в группу риска – это потенциальные больные. У них выявили хронические патологии, которые со временем могут перерасти в онкологию.

Игорь Решетов с сожалением отмечает, что далеко не все из этой группы займутся своим здоровьем: «Люди наши, поверьте мне, даже при такой прямой угрозе, о которой им сообщили, не побегут к врачу. Должны быть какие-то меры стимуляции, вплоть до бесед с родственниками. К сожалению, наше традиционное авось, прохладное отношение к здоровью и здесь могут сработать. С пациентами из группы риска нужно заниматься профилактикой. Во время акции им дали рекомендацию – обратиться к профильному врачу и санировать хроническую патологию. А вот проследить, действительно ли человек обратился к специалисту, – это пока самый трудный вопрос. Мы сработали на количество, теперь нужно подумать над тем, как реализовать качественный показатель».

Ежегодно в России регистрируется около 500 тысяч новых онкобольных. 37 тысяч случаев приходится на рак головы и шеи. Это очень коварный вид рака, часто врачи принимают его за обычную простуду. «Выявляется этот рак, несмотря на наружную локализацию, поздно – 60% в запущенной стадии, – рассказывает Игорь Решетов. – Это связано с плохим знанием врачей симптоматики и диагностики, нередко опухоли воспринимаются как доброкачественные воспалительные процессы, и длительное время проводится неспециализированное лечение. Затруднена маршрутизация: один специалист отправляет пациента к другому в поисках причин недомогания. Все это приводит к тому, что человек добирается до профессионального лечения с распространенным процессом».

У таких пациентов, как правило, масса диагнозов – полипы, воспаления слизистых, деформации. Профилактика заболевания – это самое важное, нужно вовремя гасить хронические очаги инфекций. Миндалины, полипы, исправление врожденных или приобретенных искривлений носовой перегородки, состояние зубов, коронок – за этим нужно следить постоянно.

Доктор Решетов сообщил, что проводится междисциплинарное, общероссийское объединение специалистов по заболеваниям головы и шеи. В это движение вовлекают всех неонкологических специалистов, постоянно напоминают им об онкологической настороженности. «Это очень важный момент. Если ты не разобрался, ни в коем случае не оставляй пациента, не предлагай ему прийти через месяц-два, немедленно направляй к профильному специалисту, чтобы не пропустить рак и не потерять время. Чем меньше стадия, тем лучше прогноз», – напоминает всем врачам онколог Игорь Решетов.

Акции по раннему выявлению рака помогают обнаружить опухоль на ранней стадии, а также вовремя предупредить пациента о грозящей ему опасности. В следующем году НП «Равное право на жизнь» планирует провести онкодозор по раку легкого. Рак легкого – одно из самых распространенных онкологических заболеваний, длительное время протекает почти бессимптомно, поэтому пациенты обращаются к врачу слишком поздно.

ИРИНА ВЛАДИМИРОВНА ПОДДУБНАЯ –

заведующая кафедрой онкологии Российской медицинской академии последипломного образования Минздравсоцразвития РФ на базе Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор. Председатель РОО «Общество онкогематологов», проректор по учебной работе и международному сотрудничеству ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России. Координирует научные исследования, проводимые в России в области злокачественных лимфом. Принимает активнейшее участие в повышении профессионального уровня российских онкологов. В 2005 году Ирина Владимировна избрана членом-корреспондентом РАМН отделения клинической медицины по специальности «Онкогематология».

Ирина ПОДДУБНАЯ, член-корреспондент РАМН отделения клинической медицины по специальности «Онкогематология»:

«НУЖНО НЕ ЗАМЕНЯТЬ ТО, ЧТО СОЗДАНО, А СОЗДАВАТЬ СВОЕ»

С крупнейшим специалистом, ученым, организатором, координирующим подготовку медицинских кадров и научных исследований в области онкогематологии, корреспондент газеты беседует о проблемах в этой области российской медицины и о том, как они сказываются на эффективности помощи пациентам.

– Еще несколько лет назад в России вообще не было никаких клинических рекомендаций по лечению онкогематологических заболеваний. Можно ли говорить о практических результатах их появления?

– В прошлом году клинические рекомендации, обновленные уже через год после выхода, были переизданы второй раз. Над этим документом работало большое количество как российских, так и зарубежных экспертов. Наши коллеги из стран Европы и Америки обладают большим опытом создания таких руководств, что было для нас очень важно. Клинические рекомендации должны быть краткими, доходчивыми и в то же время исчерпывающими для повседневного использования. Мы обсудили рекомендации со специалистами NCCN (National Comprehensive Cancer Network, Национальная всеобъемлющая сеть рака, США. – Ред.), ведущим институтом по подготовке подобных документов, и были в нем уверены. Но уже через год мы его обновили, и не только в связи с появлением новой информации. Изменения потребовала обратная связь с докторами, которые, пользуясь этими материалами, поняли, что некоторые моменты очень сложно вводить в практику. В 2016 году планируется новое переиздание. В рамках грядущей конференции пройдет рабочее совещание авторов.

– А на качество лечения онкогематологических заболеваний в России клинические рекомендации как-нибудь повлияли?

– Сегодня еще трудно объективно это оценить. Но информированность врачей и уровень внедрения рекомендованных терапевтических подходов стали выше. У нас есть электронный регистр, который дает эпидемиологическую информацию и позволяет судить о планах и результатах лечения. Такой анализ ведется, результаты могут быть готовы уже в начале следующего года.

– Можно сказать, что электронный регистр начал оправдывать себя?

– В него введены данные о примерно 16 тысячах пациентов из 40 лечебных учреждений. Сейчас мы хотим использовать эту программу для получения более детальной информации, проводим анализ сегментарно, по определенным нозологиям. На упомянутой конференции будут доложены полученные данные по хроническому лимфолейкозу. Имеющаяся предварительная информация позволяет говорить, что у нас отличается не только тактика ведения, но и сами болезни по определенным аспектам – возрасту заболевших, течению болезни, количеству сопутствующих заболеваний.

– Насколько полно выполняются рекомендации?

– К сожалению, рекомендации – это не стандарты, поскольку подразумевается, что выполнение стандартов должно обеспечиваться государством. Онкогематология – крайне дорогостоящая отрасль по обеспечению современными препаратами. Все новшества, таргетные препараты, относятся к дорогостоящим продуктам. Стандартов у нас нет, есть рекомендации. Врач может использовать только то, что у нас есть на рынке. Многие новшества в наших руководствах представлены со сноской, поясняющей, что они пока в России не зарегистрированы.

Не все новинки еще дошли до нас, но мы их ожидаем. Вот-вот должен появиться препарат газива – пока только для лечения хронического лимфолейкоза. Но я уверена, что мы его будем использовать и off-label, при более широком спектре показаний. Очень хорошо, что на рынке уже есть ирутиниб для лечения мантийноклеточной лимфомы и рецидивов хронического лимфолейкоза. Появились препараты, которые принципиально повлияли на жизнь больных – мы можем говорить о возможности деторождения, об эффективном лечении агрессивных опухолей. Главное – законодательное разрешение на использование новшеств.

В период до издания новых рекомендаций регистрация может совершиться, и доктор будет знать, в какой ситуации пользоваться новым препаратом.

– Как изменились условия работы с закрытием Федеральной национальной онкологической программы и общим сокращением финансирования?

– Жаль, что закончилась программа, потому что эти несколько лет очень способствовали развитию службы – от обеспечения оборудованием до лекарственного обеспечения. Наибольшую проблему для онкогематологии представляет то, что обеспечение сейчас передано медицинскому страхованию. Эта система не способна покрыть расходы в должной мере. Именно эти финансовые лимиты, которые имеет обязательное медицинское страхование (ОМС), очень сильно подрезают возможности лечебных учреждений. Возможно, у руководителей идея в том, что если все отдано в систему ОМС, то она и будет работать на то, чтобы обеспечить необходимые вложения...

– Введение в практику российских дженериков помогает ли в сложившейся ситуации?

– Финансовые аспекты трудно комментировать. По моей неуточненной информации наш биоаналог мабтеры, ацеллбия, не намного дешевле для государства. Но наш препарат попал в программу «Семь нозологий», он широко используется. Можно говорить о том, что по непосредственной переносимости он равен оригинальному, никаких дополнительных побочных реакций врачи не видят. Оценку эффективности сейчас произвести в полной мере еще нельзя, но это отдельный вопрос. Программа «Семь нозологий» еще работает и очень нам помогает. Там считаное количество онкогематологических препаратов, но они действительно есть. Сейчас туда вошла и новая лекарственная форма мабтеры, для подкожного введения. Это крайне выгодно, поскольку капельно препараты вводятся длительно, а подкожная инъекция занимает всего несколько минут, и пациент свободен.

Загвоздка в том, что если у нас не будет оригинальной мабтеры, то мы не сможем использовать ее подкожную форму. Первая доза должна быть оригинальной мабтерой, это оговорено. Так проверяется реакция на препарат. Потом мы переходим на подкожную форму. Хотим мы того или нет, но после ацеллбии мы не можем применить подкожную форму мабтеры. Все-таки это разные препараты, несмотря на одно и то же действующее вещество. Это создает больным проблемы, связанные с качеством жизни и комфортом лечения. Я надеюсь, что эта проблема будет решена должным образом.

– В каком состоянии современный рынок российских дженериков в онкогематологии?

– Дженерики ритуксимаба производят две российские компании. На сегодня в онкогематологии других отечественных биоаналогов не используется. Они есть для опухолевых заболеваний, и я думаю, что отечественные разработки будут интенсифицироваться. Дженерики простых препаратов действительно намного дешевле, они помогают решать финансовые проблемы. Биосимиляры – это другое. Чтобы получить генерический препарат, нужны значительные затраты – синтезирование новых антител все равно потребует больших вложений. Не получается, чтобы это было намного дешевле.

Идея импортозамещения, громко звучащая в последнее время, разумна. Но научный потенциал нашей страны намного больше, нам нужно не заменять то, что уже создано, а создавать свое. Когда мы уже прочувствовали препарат, над которым работали зарубежные фирмы, умеем им пользоваться, лучше не пытаться воспроизвести его заново, а сосредоточиться на разработке новых лекарств. Это направление, на мой взгляд, гораздо перспективней, и именно в него надо вкладываться.

– Каковы планы профессионального сообщества на ближайший год?

– Мы будем продолжать наши интерактивные встречи с обсуждением клинических случаев. Мы называем их «Лимфорум». Два дня мы встречаемся с небольшой аудиторией, расширять аудиторию нет смысла, поскольку здесь главное – диалог и обсуждение с доктором, который представил клинический случай. Это формат, отличный от конференции. Ближайший форум состоится в Москве. Ежегодно мы проводим два клинических и один патологоанатомический форум. Помимо этого мы будем продолжать вебинары, мы это делаем каждый месяц, обычно по субботам. Мы общаемся с гематологической аудиторией в регионах, после концентрированного изложения определенной темы мы разбираем сложные клинические случаи. Как обычно, мы проведем конференцию, продолжим работу над национальными рекомендациями, которые мы должны обновить в 2016 году. Что касается работы над регистром, то мы сотрудничаем с рядом европейских профессиональных организаций. Так с Национальным гематологическим обществом мы планируем объединить учет сведений о наших больных, чтобы это была единая платформа.

ЛЕКАРСТВА НЕ ВПИСАЛИСЬ В ЦЕНОВУЮ ПОЛИТИКУ

Окончание. Начало на стр. 1

пообещала Скворцова. – Будем запрашивать референтные страны и смотреть цены. В том числе в стране производителя. Установим ограничения по рентабельности и приведем цены в порядок».

Новый порядок госрегулирования, а также методика расчета предельных отпускных цен на жизненно важные лекарства вступили в силу с 1 октября. Согласно постановлению правительства от 15.09.2015 № 979, расширился список сведений, представляемых при подаче заявления на регистрацию препарата. Теперь наряду со сведениями о расходах (разработка, производство, реализация лекарства, сырье и материалы, оплата труда, а также накладные расходы) должны предоставляться и сведения о минимальной отпускной цене производителя. Установлены специальные требования к регистрации цен на лекарства, впервые поступающие в обращение на территории России, исходя из их стоимости за рубежом. Перечень стран, в отношении которых предоставляется информация об уровне минимальных отпускных цен на лекарственные препараты, включает 21 позицию.

Кроме того, вводится ограничение рентабельности: при перерегистрации предельной отпускной цены на препарат уровень рентабельности не может превышать 30% (при первичной госрегистрации это допускается). Цена воспроизведенного препарата не может превышать 80% цены референтного препарата, а цена биоаналога – 90%. Причем высшая планка устанавливается для производителей из России и других государств ЕАЭС.

Между тем жизненно важные лекарства могут подорожать и для самого государства. Минэкономразвития подготовило проект поправок в закон о контрактной системе, разрешающий включать надбавки в цену жизненно важных лекарств при госзакупках. Сейчас закон запрещает госзакупки по цене выше той, что зарегистрирована производителем в реестре Минздрава. Но она не включает, например, оптовые надбавки, которые дистрибуторы применяют при коммерческих продажах, чтобы покрыть расходы на транспортировку и хранение, серьезно различающиеся в зависимости от региона. В своем законопроекте Минэкономразвития предлагает учитывать надбавки (при закупке с начальной ценой до 10 миллионов рублей).

НОВЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ

Фармкомпании стремятся попасть под госрегулирование, так как это дает возможность получения гарантированных заказов. Как объясняет директор Центра социальной экономики Давид Мелик-Гусейнов, производители попавших в перечень ЖНВЛП получают доступ к государственным торгам. Общий объем закупок на федеральном и региональном уровнях составляет ежегодно около 450 миллиардов рублей: 200 миллиардов – закупки больниц, 100 миллиардов – федеральные программы, 130 миллиардов – региональные, 20 миллиардов – ведомственные закупки. Это половина всего фармацевтического рынка России, который в 2014 году составил, по оценке Минздрава, 919 миллиардов рублей. Перечень жизненно важных лекарств не пересматривался пять лет, в начале 2015 года он был дополнен 51 позицией – до 608 наименований. К октябрю Минздрав завершил работу по очередному расширению перечня.

В список ЖНВЛП на 2016 год добавлено еще 46 новых препаратов и 3 лекарственные формы уже включенных препаратов. В основном это инновационные дорогостоящие препараты. Среди них: средства для лечения ВИЧ-инфекции в комбинациях, гемостатические средства (в том числе для больных гемофилией), нейротропные, противовоспалительные и болеутоляющие средства, иммунодепрессанты, гипофизарные и гипоталамические гормоны, препараты для лечения гормонозависимых патологий репродуктивной системы, рассеянного склероза, остеопороза, диабета, атопической бронхиальной астмы, аутоиммунных заболеваний. Кроме того, в перечень вошли повышающий эффективность диагностики туберкулеза аллерген бактерий, а также регенерирующие косметологические средства и блокирующий нервно-мышечную передачу ботулинический токсин типа А (одно из торговых наименований – ботокс).

Добавлены в перечень и несколько противоопухолевых препаратов, например применяемый при нерезектабельном раке щитовидной железы вандетаниб (цена за упаковку порядка 350 тысяч рублей) и препарат для лечения злокачественных В-лимфопролиферативных заболеваний ибрутиниб (цена порядка 650 тысяч рублей).

Онкологи приветствуют расширение перечня ЖНВЛП. По словам главврача Красноярского краевого клинического онкологического диспансера **Андрея МОДЕСТОВА**, сейчас перечень ЖНВЛП в основном покрывает потребности онкологических больных.

> «Мы рады, что перечень расширился. В том числе за счет включения серьезных высокотехнологичных препаратов для лечения рака молочной железы, занимающего первое место в крае по заболеваемости и третье по смертности, – рассказал он. – Например, в новый перечень попали пертузумаб, эрибулин, трастузумаб-этамзилат и другие». Благодаря этому, считает Модестов, во-первых, фиксируется цена на препарат, что в условиях нестабильного курса валюты очень актуально для фармакоэкономики и планирования бюджета медучреждения. А во-вторых, препараты из перечня ЖНВЛП имеют возможность попасть в региональные формуляры и программу госгарантий регионов. И это позволяет «обеспечивать доступность высокого уровня медпомощи».

В фармсообществе призывают государство жить по средствам. По мнению исполнительного директора Союза профессиональных фармацевтических организаций **Лилии ТИТОВОЙ**, нельзя забывать, что перечень ЖНВЛП «должен обеспечиваться бюджетом».

> «При пересмотре список пополнился на 46 позиций. При этом не было исключено ни одно МНН. Безусловно, мы доверяем экспертному мнению комиссии, одобрившей перечень, однако он не может пополняться до бесконечности. Данный список в первую очередь должен меняться в соответствии с современными стандартами, схемами лечения», – считает Титова.

Критикуют систему закупок препаратов из перечня ЖНВЛП и в Федеральной антимонопольной службе.

> «У нас процесс включения в госпрограмму оторван от процесса ценообразования, – заявил в интервью «Российской газете» начальник управления контроля социальной сферы и торговли Тимофей Нижегородцев. – Минздрав, принимая решения о включении в перечень ЖНВЛП новых молекул, но при этом не фиксируя надежно обязательства по цене, попросту загоняет государство в угол. Сначала включать препарат в закупки, а потом идти договариваться с производителем – это максимально невыгодная переговорная позиция».

ПЛАНЫ

По замыслу чиновников, превращение перечня ЖНВЛП в почти полностью «отечественный» – дело нескольких лет. Уже сейчас Минпромторг насчитал почти три четверти препаратов из ЖНВЛП, производящихся в России.

> «На сегодняшний день процент российских лекарственных препаратов из перечня ЖНВЛП – 71,5%. В рамках федеральной целевой программы ведется разработка 130 новых лекарственных препаратов по ЖНВЛП, из них уже большинство работ закончено, и лекарственные препараты поданы на регистрацию в Минздрав, до 2018 года мы ждем их выхода на рынок», – сообщила директор департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности министерства **Ольга КОЛОТИЛОВА** в ходе круглого стола ОНФ «Лекарственное и технологическое обеспечение: проблемы и решения».

Речь идет о дженериках. Доля оригинальных, инновационных отечественных препаратов в общем объеме фармацевтических разработок оценивается экспертами не больше чем в 1%. При этом, по словам Мелик-Гусейнова, российские инновационные препараты относятся в основном к группе наиболее дешевых в производстве общеукрепляющих средств, иммуномодуляторов.

Между тем уже сегодня по доле воспроизведенных лекарственных препаратов на фармрынке Россия многократно превосходит развитые страны и занимает третье место после Китая и Индии. По данным министра здравоохранения, в Государственном реестре лекарственных средств лишь около 23% – оригинальные препараты, оставшиеся 77% – дженерики. В США доля дженериков на рынке составляет 12%, в Японии – 30%, в Германии – 35%, во Франции – 50%.

ПОДКУЕМ ЛИ БЛОХУ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЕМ?

О медицинском импортозамещении в России говорят уже не первый год. О том, какова ситуация сегодня, как сказываются процесс и результат на работе врачей и самочувствии пациентов, рассказывают специалисты здравоохранения, аналитики, эксперты и медики.

ДЖЕНЕРИКОЗАМЕЩЕНИЕ

В начале сентября президент России Владимир Путин сообщил о планах правительства «к 2018 году выйти на такое состояние в фармацевтической промышленности, чтобы примерно 90% препаратов, которые сейчас используются в России», были отечественного производства. Однако онкологи считают поставленную задачу по импортозамещению в фарминдустрии практически невыполнимой при нынешнем уровне финансирования фундаментальных исследований.

Как уточнил на недавнем съезде детских онкологов России замдиректора по научной и лечебной работе НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Блохина Георгий Менткевич, разработка и внедрение эффективного препарата обходятся западным компаниям в 200–300 миллионов долларов и занимают 15–20 лет. Кроме того, для фармацевтических компаний нет смысла осуществлять инновационные разработки в одной отдельно взятой стране. А предложить что-то, имеющее интерес для глобального мирового рынка, в России могут лишь единицы.

«Как врача, меня не может не беспокоить импортозамещение в детской онкологии и гематологии, – говорит депутат Госдумы, до недавнего времени главврач Свердловского центра детской онкологии и гематологии **Лариса ФЕЧИНА**. – Далеко не все препараты в настоящее время можно заменить на отечественные. Нужно много времени и денег, чтобы создать лекарственные молекулы собственного производства, пока мы все равно их закупаем. Нужны качественные клинические исследования, проведение сравнительного анализа эффективности и безопасности с иностранными брендами. А пока этого не сделано, не должно быть ограничений на использование импортных лекарств. Это надо решать не столько с политической точки зрения, сколько с позиции гуманного отношения к пациенту. Нельзя лишать людей возможности качественного лечения в своей стране».

Взрослые онкологи, впрочем, не столь категоричны. Так, по словам Модестова, некоторые российские производители уже выпускают серьезные таргетные препараты, не уступающие по качеству импортным аналогам, но значительно выигрывающие в цене. В частности, у медиков нет претензий к таким российским аналогам герцептина, как трастузумаб и пертузумаб.

Главный внештатный специалист-онколог Санкт-Петербурга, главврач городского клинического онкодиспансера Георгий Манихас провел параллель с уже начавшимся импортозамещением оборудования и медизделий. По его словам, всегда надо рассматривать каждый конкретный случай. Так, выпускаемые сегодня в России обычные рентгеновские аппараты соответствуют предъявляемым к ним требованиям, и здесь совсем не надо стремиться к импорту. С другой стороны, в учреждениях третьего уровня, где все оборудование должно быть экспертного класса, на сегодняшний день полное импортозамещение невозможно. Это будет шаг назад, который приведет к искажению диагнозов и неправильному лечению.

«Жалея здесь деньги, мы будем терять пациентов, – считает **Георгий МАНИХАС**. – Импортозамещение должно быть там, где это действительно приводит к рациональному расходованию средств. В противном случае оно может, наоборот, привести к дополнительным расходам. Например, ни в коем случае нельзя экономить на гистохимии и молекулярной диагностике. Экономия на оборудовании и реактивах приведет к тому, что врачи, не видя весь гистохимический спектр опухоли, будут ошибаться с диагнозом и применять препараты, которые для этого конкретного пациента окажутся неэффективными. А все потому, что не был установлен какой-то определенный маркер, определенный ген. Сегодня, когда мы должны идти по пути индивидуализации лечения, сказать «диагноз – рак» – это ничего не сказать. Чтобы подбирать более эффективные лекарства, надо внедрять более современное диагностическое оборудование».

На реализацию программы импортозамещения в фармацевтической отрасли на сентябрь 2015 года уже было потрачено 150 миллиардов рублей. «Сейчас считается, что примерно половина, а то и 60% препаратов из разных ограничительных списков – дорогостоящие, для инвалидов, малобюджетные – производится на территории РФ, – рассказал профессор Самарского медуниверситета, глава Общероссийской общественной организации инвалидов, страдающих рассеянным склерозом, Ян Власов. – Но до 1 января 2016 года отечественным лекарственным препаратом считается все, что в российской упаковке…».

Как же сегодня чувствуют себя отечественные производители?

– Объем продаж в национальной валюте немного вырос. Но этот рост имеет скорее инфляционный характер, – говорит генеральный директор «Нижфарма» Дмитрий Ефимов. – Фармацевтика как никто другой зависит от импортных комплектующих. Покрыть 90% списка ЖНВЛП до 2020 года – амбициозная задача. Ее можно решить, применив административные меры, например запретить ввоз лекарств из-за рубежа. Но это слишком экстремальное решение.

Кажется, ситуация, при которой победу от поражения отличить довольно трудно, – это как раз об импортозамещении в медицине.

– Если запретить к обращению в России современные сложные препараты, то оставшиеся будут не на 90%, а на все 100% обеспечены нашими собственными фабричками, – прокомментировал для СМИ такую замену президент Общества специалистов доказательной медицины, профессор Василий Власов. – Но если говорить о более или менее нормальном развитии событий, то попытка все новые лекарства, которые появляются в мире, замещать собственным производством – это погоня за горизонтом.

Скопировать многие препараты и сделать отечественный аналог, видимо, можно, но зачем? «…У нас всем гражданам обещано все, но если реально посмотреть на то, что они получают, оказывается, что две трети онкологических больных не получают адекватного химиотерапевтического лечения, три четверти онкологических больных не получают адекватного лучевого лечения… Почему? Нет денег. А обещания безграничные», – считает Власов.

Заменить иностранное нечем в сфере оборудования для диагностики онкологических заболеваний. Оборудование и реагенты, которые импортируются и используются в России, создавались годы или десятилетия с соответствующими вложениями, и не только финансовыми. Александр Мационис, член правления Российского общества патологоанатомов, написал в Минпромторг про ограничительный список: «Внесение в список изделий для диагностики онкологии создает риск ухудшения качества исследований и, как результат, качества помощи больным».

– Процесс импортозамещения последние два-три года идет довольно активно, и в условиях кризиса он получил дополнительный стимул, – оценивает ситуацию директор по развитию аналитической компании «АРЭНСИ Фарма» Николай Беспалов. – Причем если в сегменте госзакупок активность импортозамещения стимулируется государством (в частности, за счет предоставления преференций), то в коммерческом сегменте российские и зарубежные препараты конкурируют по цене, и в условиях девальвации рубля эта конкуренция чаще всего в пользу российских компаний.

Как оценивает бизнес-аналитик риски импортозамещения?

– Безусловно, они существуют. Очевидно, не все российские аналоги являются адекватной заменой существующим импортным ЛП. По моим наблюдениям, такой продукции все-таки абсолютное меньшинство, и решать с ними проблему надо, не устраивая борьбу с импортозамещением, а активно выявляя и наказывая недобросовестных производителей. В производстве изделий медицинского назначения и медтехники примеры недобросовестных игроков есть, есть переупаковка, должна действовать такая же, как для рынка лекарств, возможность идентификации реального производства.

Медики, не облеченные официальными должностями, в основном оценивают результаты импортозамещения со скепсисом. Доктор скорой помощи (Владимирская обл.) Александр М. пишет на форуме про процесс как про «мониторинг без какого-либо эффектинга»: «Мы имеем «вселенский дефицит при вселенском воровстве – вот основные проблемы онкологии в РФ». Осенью академик Михаил Давыдов сказал СМИ, что «качество отечественных препаратов сегодня хромает на обе ноги», и признал, что оригинальные препараты по эффективности превосходят многие дженерики. «А в детской онкологии отечественные дженерики вообще неприменимы, – говорит Михаил Давыдов, – там нужны оригиналы!»

Московский нейрохирург Алексей К. полагает, что в нейрохирургии отказ от иностранной медтехники откинет медпомощь назад на 40–50 лет развития. «Конкретному больному никогда не удастся объяснить, что причина его неудачного лечения – какое-то эфемерное импортозамещение». Причиной неудач доктор считает политический и экономический изоляционизм.

Михаил ДАВЫДОВ,

главный онколог Министерства здравоохранения РФ, директор ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, академик РАН:

«ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РАБОТАЕТ НА ОБРАЗОВАНИЕ ВРАЧЕЙ»

Окончание. Начало на стр. 1

Я думаю, что эта структура позволит в значительной степени повысить эффективность системы онкологической помощи нашим гражданам.

– Будет ли система скрининга включена в эту систему?

– Мы хотим, чтобы она была включена. Но она требует очень больших финансовых затрат, и пока этот вопрос еще не согласован с руководством Министерства здравоохранения. Пока что министерство занимается проблемой диспансеризации и главные силы тратит на это. Онкологический скрининг – особый. Он, по сути, должен проводиться неинфекционными эпидемиологами. Потому что каждый вид скрининга требует проработки. Эти шаблоны уже есть, но для них необходимы значительное финансирование и новая форма организации онкопомощи. В России есть региональные скрининги, в частности в Татарстане скрининг рака молочной железы, который показал высокую эффективность. Но пока это единичный пример.

Минздрав знает про эту работу и полностью информирован о тех мероприятиях, которые мы проводим. Недавно мы проводили совещание с ведущими специалистами, директорами федеральных институтов, где пришли в общем-то к консенсусу и создали черновой вариант скрининговой программы и структуры. Но когда она будет реализована, говорить рано.

– Что изменится в результате реформы для врачей-онкологов на местах?

– Сегодня в онкологической службе нашей страны много делается для образования врачей и донесения самых современных технологий лечения до регионов. Мы очень часто проводим мастер-классы, выезжаем в регионы, показываем местным специалистам возможности применения передовых технологий в их условиях. Не в Москве, в элитном институте, а на местах, в диспансерах. В частности, я выезжал раз пять или шесть с группой коллег. Мои коллеги из других федеральных институтов выезжали, показывали врачам в регионах современные возможности лечения.

Онкологические конгрессы так же имеют большое образовательное значение. Это обмен и технологиями, и опытом их применения. Все новое, что появляется сегодня, мы рассказываем в рамках конгресса. Причем делается это в разных форматах – мастер-классы, дискуссионные клубы, лекционные курсы, пленарные лекции.

То есть, по сути, идет работа, направленная на образование специализированной службы, образование врачей. И мы рассчитываем, что благодаря этой работе качество онкологической помощи в стране будет улучшаться.

МИХАИЛ ИВАНОВИЧ ДАВЫДОВ –

главный онколог Минздрава России, директор Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, академик (с 2004 года) Российской академии медицинских наук, академик (с 2003 года) и член президиума Российской академии наук. Лауреат Государственной премии РФ в области науки и техники (2002), заслуженный деятель науки Российской Федерации. Главный онколог медицинского центра Управления делами Президента РФ, заведующий кафедрой онкологии Первого Московского государственного медицинского университета им. Сеченова. Член Европейского и Американского обществ хирургов, член Нью-Йоркской академии наук.

– Но тут получается конфликт между технологиями, которые сегодня существуют, и финансовыми возможностями нашей системы здравоохранения их предоставить.

– Это наш современный бич – нехватка финансов для реализации тех задумок и задач, которые перед нами стоят. Что тут говорить, если онкологический центр, громадный центр, крупнейший в мире, финансируется на треть своих потребностей? Мы недофинансированы в этом году на 800 миллионов. Более того, некоторые региональные диспансеры финансируются за счет регионов лучше, чем федеральные институты. И с нехваткой средств сталкивается в своей работе каждый врач.

– Как врачу делать выбор между оптимальной тактикой лечения и доступной?

– Мы разработали стандарты и клинические протоколы лечения. Клинический протокол – это то, что достигнуто на высшем уровне понимания и знания в этой нозологической группе для лечения в мире. А стандарты – это то, что Минздрав может обеспечить.

– Насколько большая разница между ними?

– Разница большая. Но дело в том, что на сегодняшний день доказано, что научно обоснованные схемы лечения, которые были разработаны в предыдущие годы, практически не уступают в эффективности новым методам лечения. Практически. Появление новых препаратов, таргетных препаратов – это, конечно, прорыв. Но американцы недавно опубликовали отчет, доказывающий, что эти супердорогие препараты пациенты получают за полгода до смерти. То есть с их применением есть некое улучшение, эффективное, но не стратегическое, скажем так.

А у нас другая задача сейчас. Нам нужно закрыть все проблемы онкологии для всего населения. Понимаете, у нас есть люди богатые, которые могут поехать лечиться за рубеж и получать там передовые препараты и, может, более высококачественные. Но стратегически, в масштабах населения страны это лечение ничего не меняет.

– Как вы относитесь к тому, что пациенты участвуют финансово в оплате своего лечения? Покупают препараты?

– Я к этому отношусь плохо. Я многократно на эту тему выступал. У нас государственная модель здравоохранения, она определяется формой собственности. Медицина у нас – государственная собственность полностью. И бюджет ее определяется и формируется из налогов и сборов с граждан. Поэтому я считаю, что пациент не должен участвовать в оплате своего лечения. Ведь главный лозунг современных государств – это здоровье нации. И государство должно вкладываться максимально именно в эту тему.

– Ну, это в теории и в идеальном мире так должно быть. А на практике?

– А на практике зачастую учреждения не имеют отдельных видов препаратов и рекомендуют пациентам приобретать их в самостоятельном режиме, потому что начинать лечение нужно сразу.

– Для врача это этично – обращаться к самому пациенту с предложением купить препарат?

– Врач поставлен в такие условия. Он либо должен сказать, что мы вас не будем лечить, либо сказать, что, если вы хотите, чтобы мы вас лечили, приобретите эти препараты. Вот и все. Это не этика врача, на самом деле – этика жизни.

– Да, но врачи часто оказываются крайними. Они получают по голове и от своего руководства, и от минздрава региона.

– Доктор в любом случае получает по голове. Потому что из-за того, что он говорит пациенту: идите, добивайтесь своего, доктора начинают бить – зачем ты рекомендуешь? Потому что надо искать деньги и т.д., и так – по кругу.

Одна и та же тема: нехватка средств. И в регионах нехватка средств, и у федеральных институтов нехватка средств. Одна глобальная проблема: нехватка денег на лечение онкологических больных.

– В этой ситуации, в этом конфликте вы на стороне врача, который хочет помочь своему пациенту, или на стороне финансовой службы, которая говорит: не высовывайся?

– Нет, я не могу быть на стороне финансовой службы, это не моя служба, вообще это не моя профессия. Ну, как я могу быть на стороне финансовой службы? Я считаю, что сегодня система финансирования здравоохранения вообще деформирована. Раньше было понятное бюджетное, сметное финансирование. Количество коек, количество сотрудников, количество пациентов, стоимость койки, стоимость видов лечения рассчитанная. И бюджеты выделялись на это. И руководитель учреждения мог планировать что-то: перевооружение, оснащение лекарствами в том объеме, в котором он их получал.

Сегодня этого нет, сегодня отдельные виды, кусками финансируются, из разных источников. Притом что источник все равно один – государство. Но передается разными кусками: ВМП, СМП, ОМС. Это такая мутная система. По каждому разделу мы отчитываемся, колоссальная бюрократизация, а расходы на лечение она не покрывает ни одним из видов, ни даже все вместе.

Сейчас непонятно, что будет дальше. Сегодня довольно сложная ситуация. Есть на всех уровнях понимание этого вопроса, но при этом движений больших навстречу нет.

– И как же быть?

– Будем ждать лучших времен. А что остается? Я против революционных предложений.

ДИСКРИМИНАЦИЯ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

Бесплатная медпомощь в России становится все менее доступной, а различия в финансировании здравоохранения в разных регионах усиливаются. Усугубляют ситуацию постоянные эксперименты Минздрава. Ситуация такова, что уверенности в завтрашнем дне нет даже у финансово благополучных регионов.

После сентябрьского форума ОНФ, признавшего состояние здравоохранения на большей части территории страны катастрофическим, Росздравнадзор провел проверки в ряде не самых богатых российских регионов. Выводы комиссий выглядят как написанные под копирку: «положения программы госгарантий способствуют подмене бесплатных услуг платными»; «превышены сроки ожидания»; «лекарственное обеспечение осуществляется не в полном объеме и с нарушениями»; «не организована паллиативная медпомощь»; «отсутствуют современные формы наркотических средств».

Традиционно существовавшая в России разница в качестве медицинской помощи в разных регионах усилилась в последние годы из-за «регионализации здравоохранения» – сокращения федерального финансирования медицины. Большинство территорий оказалось не в состоянии финансировать свою систему здравоохранения. Относительно благополучными в экономическом плане считается не более 15 регионов страны.

Год назад Минздрав сделал попытку выровнять ситуацию с тарифами и их наполнением, перейдя на одноканальное финансирование в рамках ОМС. Все страховые платежи стали аккумулироваться в федеральном фонде ОМС и затем перераспределяться в виде субвенций по регионам с учетом территориальных факторов. Но это проблемы не решило: расходы на лекарства, «социальные заболевания», закупку медоборудования, строительство и ремонт по-прежнему лежат на региональных бюджетах. В итоге, по данным Счетной палаты РФ, большая часть региональных программ госгарантий остается дефицитной. А сами эти программы рассчитаны «исходя из фактических затрат медорганизаций, а не на основе стандартов».

«Когда хотя бы одним из источников средств становятся местные бюджеты, прогнозы развития здравоохранения становятся неутешительными», – считает директор института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ Лариса Попович. Если богатая Москва или Ханты-Мансийск находят средства в своих бюджетах, то дотационные регионы еле сводят концы с концами, сокращают перечни льготных лекарств и уж тем более не вкладываются в развитие инфраструктуры.

«СРЕДСТВА ТУДА И НЕ ЗАКЛАДЫВАЛИСЬ»

Между тем в сегодняшних экономических условиях с трудом «удерживаются на плаву» даже регионы-доноры. «После завершения ряда госпрограмм дальнейшее развитие онкослужбы осталось за территориями, – рассказал главный врач городского клинического онкологического диспансера Санкт-Петербурга Георгий Манихас. – Мы испытываем проблемы с эксплуатацией и ремонтом дорогостоящего оборудования. Контракты по обслуживанию относятся к системе одноканального финансирования. И достаточных на поддержание работоспособности этого оборудования средств там нет, они туда и не закладывались».

Новое оборудование теперь также должно приобретаться за счет региона. Сейчас в Санкт-Петербурге проводится проектирование лучевого блока, которое включает в себя не только установки для лечения, но и циклотрон для производства фармпрепаратов и для обеспечения позитронно-эмиссионной томографии и блок для лечения радиоактивным йодом, рассказал Манихас. Вопрос о строительстве – то есть о возможности выделения на него средств регионального бюджета – будет решаться отдельно.

Что касается текущей деятельности, то, по словам Манихаса, пока городская онкослужба не почувствовала влияния кризиса. «По крайней мере ВМП была обеспечена финансово, что позволяло закупать необходимые лекарства и, самое главное, расходные материалы, – рассказал он. – У нас назревала критическая ситуация с нехваткой таргетных препаратов для лечения рака молочной железы, в частности герцептина, но город изыскал необходимые средства, и внесенные поправки в бюджет позволили обеспечить лекарствами всех наших больных».

ЭКСПЕРИМЕНТЫ МИНЗДРАВА

Усугубляют ситуацию постоянные эксперименты Минздрава. Так, в критической ситуации оказалась недотационная Свердловская область – один из пилотных регионов, где отрабатывалась система оплаты на основе клинико-статистических групп (КСГ). Оплата по КСГ означает, что за лечение пациента с определенным диагнозом больница получает усредненную плату «за законченный случай» госпитализации. Продолжительность пребывания больного в отделении при этом не регламентируется.

В результате эксперимента уже по итогам восьми месяцев счета свердловских больниц превысили плановые годовые показатели на полмиллиарда рублей. Страховщики во всем обвинили медиков, которые занимались приписками и «утяжеляли» диагнозы. А выбившийся из лимитов ТФОМС снизил базовую ставку финансирования. По мнению депутата Госдумы, свердловского онколога Ларисы Фечиной, причиной случившегося стала новая система оплаты, поскольку КСГ и коэффициенты затратоемкости (индекс, на который умножается базовый тариф) носят очень приблизительный характер, а тарифы берутся практически с потолка.

«Предполагалось, что заболевания будут формироваться в различные КСГ на основании просчитанных медико-экономических стандартов для каждого заболевания – стоимости его диагностики, лечения и лекарственных препаратов. И при формировании КСГ за основу будет браться стоимость этих стандартов, – объяснила Фечина. – Но Минздрав прервал работу по созданию стандартов еще в 2013 году. Сейчас они существуют только для трети всех заболеваний, реальная стоимость остальных неизвестна». Кроме того, в тех случаях, когда эту стоимость пытались подсчитать, делали это исходя из реально израсходованных медучреждением средств, не учитывая, что некоторые процедуры не проводились, так как были недоступны, а некоторые лекарства либо закупались за счет благотворительных фондов, либо не включались в план лечения из-за их отсутствия.

В итоге независимо от того, сколько больница вкладывает денег в лечение пациента, коль заболевание попало в КСГ с низким коэффициентом затратоемкости, адекватно оплачено оно не будет. «Я попала в подобную ситуацию со своим детским онкоцентром (до апреля 2015 года Фечина возглавляла свердловский областной Центр детской онкологии и гематологии), – рассказала она. – Нам в 2015 году пытались для ряда заболеваний снизить коэффициент затратоемкости КСГ в 3,5 раза по сравнению с прошлым годом. Но я представитель ОНФ, депутат, я стала возмущаться, и к нам прислушались. А иначе получали бы мы сейчас гораздо меньше денег, чем тратим».

С 2016 года система финансирования по КСГ должна распространиться на всю страну. «В этом году мы впервые «примеряли одеяло» КСГ: сравнивали финансирование в рамках КСГ и обычного тарифа, – рассказал Манихас. – И увидели, что работать по КСГ в их сегодняшнем виде не представляется возможным, даже в тарифе средств больше. Те КСГ, которые применяются к нашей специальности, крайне ущербны: недостаток финансирования по некоторым позициям ощущается до 80%».

РЕГИОНАЛЬНЫЕ НОУ-ХАУ

В условиях бюджетного дефицита и постоянно меняющихся правил игры на федеральном уровне очень многое зависит от управленческих решений и выбора приоритетов в самих регионах, считает директор Центра социальной экономики Давид Мелик-Гусейнов. Таких примеров, правда, не очень много. Хороших результатов, по мнению эксперта, добились в Алтайском крае, в Томской области, где денег не так много, но есть грамотный менеджмент. Кировская область далеко продвинулась в вопросах лекарственного обеспечения: здесь внедрили программу лекарственного страхования по кардиологии, планируют распространить ее и на другие заболевания. В плане организации работы онкослужбы в последние годы в передовиках Красноярский край. В частности, это единственный регион страны, где в программу госгарантий введен ежегодный скрининг по выявлению рака с наружной локализацией у людей старше 50 лет.

К тому же это еще и пример того редкого региона, где рациональное расходование средств смягчает последствия экономического кризиса. По словам главврача Красноярского краевого клинического онкодиспансера Андрея Модестова, медучреждения края защитили себя тем, что закупили лекарства, особенно дорогостоящие антибиотики, таргетные препараты на три года вперед – по 2016 год включительно. Поставки препаратов по запросу ЛПУ идут в фиксированных ценах. При этом на лекарства в Красноярском крае тратится 10% от всего консолидированного бюджета региона. И, несмотря на рост удельного веса дорогостоящих препаратов, их назначают все большему числу пациентов, учитываемых в специальном регистре, рассказал Модестов.

Еще одно краевое ноу-хау – региональная система референтных цен, благодаря чему в 2015 году даже при росте курса валюты удалось сэкономить 7% расходов на лекарства. «Мы на своем региональном уровне сделали список референтных оптовых и розничных цен на препараты из перечня ЖНВЛП, – объяснил Модестов. – В крае сохранена государственная сеть аптек, которая выполняет еще и функции уполномоченного склада. Внедренная в этой сети система референтных цен не позволяет работающим с ней оптовикам повышать внутренние цены даже на препараты, не входящие в перечень ЖНВЛП и не имеющие фиксированной наценки».

ЕСЛИ НЕ ДАЮТ ЛЕКАРСТВ... КТО ПОМОЖЕТ?

Межрегиональное общественное движение (МОД) «Движение против рака» продолжает сбор сведений о случаях и причинах отказа онкопациентам в предоставлении положенных им по закону бесплатных жизненно важных препаратов. По каждому такому случаю специалистами и волонтерами движения оказывается консультативная, правовая и организационная помощь, с тем чтобы препараты для лечения им были выданы.

Все случаи отказа в предоставлении препаратов онкобольным и примеры помощи им в решении проблемы описываются, классифицируются и анализируются в ежегодном издании движения «Белая книга о проблеме отказа в лекарственных препаратах онкологическим пациентам в России», которая выходит уже шесть лет.

С января по сентябрь 2015 года онкологические пациенты, как и в предыдущие годы, заполняли анкеты на сайте Межрегионального общественного движения «Движение против рака». В них они рассказывали о случаях отказа в предоставлении лекарственных препаратов с традиционными оправданиями незаконных действий органами здравоохранения.

«...Отсутствие лекарства в аптеке объяснили тем, что местное Управление здравоохранения не подало заявку на обеспечение лекарствами из-за праздников».

«...На дорогостоящие авастин, сутент – очередь. Мне сказали, как кто-нибудь из них умрет, встанете на их место».

«...На мой вопрос, что же мне делать, ответили: «У вас такая болезнь, идите».

При этом мотивировка и даже форма отказов остаются все теми же из года в год. Вот для сравнения цитаты из анкет онкопациентов за прошлый год.

Елена Б., Курская область:

«Завполиклиникой по-хамски сказал: «Езжайте и лечитесь в Москве, никто специально для вас не собирается закупать препараты».

Геннадий М., Саратовская область:

«Обратились в минздрав для решения вопроса по обеспечению льготным рецептом на препарат сутент. Там ответили, что мы его не получим: «Забирайте больного в Москву, там и лечите».

Руководитель группы по работе с обращениями граждан МОД «Движение против рака» Денис Куров отмечает, что количество жалоб по сравнению с тем же периодом прошлого года снизилось вдвое. Однако, поскольку причины отказов (позиция чиновников от медицины, которым проще найти оправдания, чем решить проблему; хроническое недофинансирование здравоохранения и т.д.) остались прежними, это скорее тревожный симптом.

Председатель исполнительного комитета МОД «Движение против рака», член Общественного совета при Минздраве России Николай Дронов считает, что снижение количества обращений, притом что проблема с равным доступом к лечению для всех онкопациентов кардинально не решается, означает, что вслед за девальвацией авторитета государственных органов падает и авторитет общественных гражданских институтов. Люди просто перестают верить в то, что вообще кто-либо в этой ситуации способен им помочь.

В ряде случаев после вмешательства на самом высоком уровне положение заметно меняется к лучшему. Но поскольку механизм таких перемен сложившуюся систему оказания (и неоказания) онкопомощи не затрагивает, улучшения эти, как правило, временные.

Так, Московская область из года в год была лидером по количеству жалоб онкопациентов. Но в этом году ситуация с лекарственным обеспечением льготников в регионе значительно улучшилась. После прямой линии с президентом, когда инвалид пожаловался Владимиру Путину на невозможность получить льготные препараты, власти региона в краткий срок исправили ситуацию к лучшему. Это подтверждали письма и звонки больных. Минздрав Подмосковья с трудом, со скрипом, но стал наконец-то поворачиваться лицом к пациенту. Тем не менее улучшение оказалось временным – к концу лета из Подмосковья вновь стали приходить сообщения о фактах отказа в препаратах.

Николай Дронов констатирует: денег в бюджете больше не станет, недофинансирование здравоохранения остается хроническим. Но, к сожалению, факт этот упорно игнорируется, как это было и на форуме Общероссийского народного фронта по здравоохранению. Подыскивались и обсуждались какие-то другие, более мелкие и несистемные причины недовольства граждан медицинской помощью.

По словам Дронова, все привыкли к тому, что где-то найдутся деньги – в Резервном фонде например, а деньги в стране закончились. «Кто-то должен взять на себя политическую ответственность и признать, что у государства нет возможности полностью обеспечить всех нуждающихся высококвалифицированной медицинской помощью. Ни у кого не хватает мужества сказать: товарищи, давайте поищем новые источники доходов, перераспределим часть расходов между государством и обществом, государством и работодателем, внедрим систему соплаты медицинской помощи, попробуем добровольное страхование. Никто не хочет искать новые пути, все привыкли ждать, что из Москвы денег пришлют, марсиане прилетят и нам помогут. Но никто за нас наши проблемы решать не будет».

Денис Куров рассказывает, что в письмах, звонках, сообщениях людей на форуме нередко сквозит апатия, неверие в то, что закон защитит права льготника. У многих опускаются руки, и они предпочитают плыть по течению: «Многие из авторов анкет до обращения в «Движение против рака» получали формальные отписки органов власти, подчас циничные, когда ответ им приходил непосредственно от тех инстанций, которые и являлись субъектом отказа в лекарствах. Все это, мягко говоря, не добавляет веры в правовые институты».

Во многих случаях обращение за помощью в «Движение против рака» – как последняя надежда в борьбе за право на лекарство. Ожидания пациентов оправдываются – часто бывает достаточно одного звонка или письма из «Движения против рака», чтобы долгожданное лекарство было выписано и выдано.

СТРАСТИ ПО ГЛИВЕКУ

В Москве вновь перебои с противоопухолевыми препаратами. С середины сентября ГБУЗ «Центр лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения города Москвы» (ЦЛО ДЗМ), включающее сеть аптек «Аптеки столицы», не поставляет в пункты сети препарат длительного применения гливек для лечения гастро-интестинальных стромальных опухолей (GIST). В некоторых пунктах сети препарата нет с августа. Не поступают и его аналоги под непатентованным названием Imatinibi.

Я спросил аптекаря...

Как рассказал москвич Михаил В., полученный им 30 сентября в поликлинике городской онкологической больницы № 62 льготный рецепт на гливек до сих пор находится на отсроченном обслуживании в расположенном в этом же здании аптечном пункте ГБУЗ ЦЛО ДЗМ. «От фармацевта я узнал, что препарат отсутствует в аптеке уже больше месяца, – рассказал В. – В руководстве «Аптек столицы» мне сообщили, что лекарства в наличии нет и тендер по его закупке еще не проходил».

Сейчас Михаил держится на капсулах, которые одолжили ему друзья по несчастью (вынужденно принимая их в уменьшенной дозировке). По его словам, последние запасы гливека оставались в аптеках на юго-востоке города, и его успели получить больные, рецепты которым выдавались в середине сентября. Когда закончится и этот резерв, лекарство придется покупать – по 75 тысяч рублей за упаковку.

По словам Михаила, с такой ситуацией за время своей болезни он сталкивается уже третий раз. «Впервые проблема возникла, когда я только заболел осенью 2008 года, – рассказал он. – Тогда бесплатного препарата в Москве не было три месяца. Мы насобирали денег, и я продержался на том, что было куплено за свой счет. Второй раз покупать гливек самому пришлось уже в 2012 году. Тогда мне даже не хотели выписывать рецепт – было негласное распоряжение не делать этого, если лекарства нет в аптеке».

В 2012 году факты перебоев с поставками препарата гливек во всероссийском масштабе признали в федеральном Минздраве. Как объяснили тогда в ведомстве, «в целом система отработана и функционирует надежно», но по жалобе одного из участников проведенных конкурсных процедур ФАС РФ приостановила подписание контракта на поставку препаратов в регионы, а разбирательства затянулись.

Деньги есть, лекарств нет

Нынешние московские проблемы, судя по размещенным на сайте госзакупок документам, также возникли на уровне проведения тендеров. (Средства на закупку дорогостоящих препаратов в отличие от многих российских регионов в столичном бюджете есть). В частности, как следует из протокола проведения «Запроса предложений на право заключения государственного контракта на поставку лекарственных препаратов иматиниб (гливек)» от 5 октября 2015 года, этот запрос «признан несостоявшимся» (не подано ни одной заявки).

19 октября был объявлен прием заявок (до 26 октября) на новый тендер.

Между тем столичные власти еще в 2012 году заявили о том, что с перебоями в поставках льготных лекарств будет покончено. Для этого около 80 аптек города сделали центрами поставки льготных лекарств в поликлинические аптечные киоски. Как заявил тогда заммэра Леонид Печатников, столичному Департаменту здравоохранения придется «взять распределение льготных лекарств под государственный контроль», из-за чего работать станет тяжелее, «зато льготникам будет спокойнее». «Мы приступили к реформированию ГУП «Столичные аптеки», на них будут возложены дополнительные функции – они станут центрами дистрибуции льготных препаратов и будут обслуживать близлежащие киоски в поликлиниках», – рассказал он.

Кроме того, как заявили тогда в мэрии, поставщики, по вине которых произошли перебои в начале 2012 года, будут «занесены в черный список», оштрафованы и не допущены к участию в конкурсах на поставку лекарств в дальнейшем. Пытавшиеся возражать компании заявляли, что в задержке поставок виновато Минздравсоцразвития РФ, в положенные сроки не зарегистрировавшее дженерики необходимых лекарств.

Лидеры антирейтинга

По словам консультанта «Движения против рака» Дениса Курова, жалобы на недоступность льготных противоопухолевых лекарств поступают в организацию со всей страны. Причем Москва по числу таких жалоб занимает второе место. На первом Московская область. Что касается непосредственно препарата гливек, то он применяется не только при GIST, но также и при входящих в федеральную программу «7 нозологий» онкогематологических заболеваниях. И тут проблем практически нет. Чаще всего трудности с получением гливека испытывают именно не являющиеся участниками этой программы «обычные» льготники.

Фармацевты подмосковных аптек говорят, что федеральные льготники в целом обеспечиваются лучше, большинство сбоев случается в региональном сегменте ДЛО, к которому относится и онкология. При этом медики делают все, чтобы пациенты получали необходимые им лекарства: вовремя формируют заявки, выписывают рецепты. Проблемы начинаются на уровне закупок, за которые отвечает минздрав Подмосковья. В самом ведомстве традиционно обвиняют поставщиков. Еще весной представители областного минздрава заявляли, что в начале года были задержки с проведением аукционов в связи с тем, что многих поставщиков не устроили заявленные цены и они попросту не вышли на торги. Назначали виноватыми и самих пациентов – федеральных льготников, которые отказывались от льгот в пользу выплат, но получали препараты за счет средств областного бюджета.

По словам Курова, каковы бы ни были причины сбоев поставок, необеспечение онкобольных лекарственными препаратами – нарушение действующего законодательства о льготном лекарственном обеспечении граждан, и закон полностью на стороне пациента. «Большая аптечная сеть не исполняет своих обязанностей по поставкам препаратов и должна за это отвечать, – считает Куров. – Если отсроченный рецепт не обеспечивается дольше 15 дней, пациент имеет право обращаться в суд за компенсацией стоимости лекарства, которое он купил сам, чтобы не прерывать лечение. А если не может купить – в прокуратуру. Состоялся ли аукцион, закуплено ли лекарство – об этом голова должна болеть не у пациента, а у ответственных за льготное обеспечение чиновников и у господ из аптечных сетей, которые получают деньги за обслуживание онкобольных».

ПАЦИЕНТ ЗАСТРАХОВАН – И ВРАЧУ ЛЕЧИТЬ ЛЕГЧЕ

Система российской онкологической помощи для пациента похожа на лабиринт. Попав туда, он ходит по кругу, упирается в тупики и тратит драгоценное время, пока ищет выход. Чтобы сократить путь больного к нужному врачу, сократить ожидание диагностических процедур, а в случае необходимости и купить необходимые лекарства, страховщики предлагают полис на случай постановки диагноза рак.

Наверное, каждый онколог оказывался в ситуации, когда он не может назначить своему пациенту нужное лекарство из-за ограничений финансирования. Ведь врачам в нашей стране приходится не только лечить людей, но и считать деньги. Когда средств не хватает, пациентам приходится платить из своего кармана.

По данным Дмитрия Борисова, исполнительного директора НП «Равное право на жизнь», 3–4% всех средств в здравоохранении – это личные деньги пациентов. То есть примерно каждую третью упаковку лекарств от рака онкологические пациенты покупают за свой счет. Поскольку покупать самые современные и самые дорогие препараты люди не могут, они приобретают более дешевые дженерики для стандартной химиотерапии. На такое лечение в бюджете средств тоже не хватает.

Об этих цифрах знают и в Минздраве. Поэтому в условиях снижения финансирования здравоохранения министерство задумывается о поддержке идеи разделения рисков между государством и частным сектором. Последние годы разрабатываются разные варианты государственно-частного партнерства (ГЧП). Одним из самых эффективных признано добровольное страхование граждан на случай возникновения тяжелых, дорогостоящих в лечении заболеваний, таких как онкология.

По словам Дмитрия Борисова, среднестатистические затраты ФОМС на одного онкопациента составляют около 750 тысяч рублей. «Но это – медиана. Есть пациенты, расходы на которых гораздо меньше, но есть и часть пациентов, которая просто не попадает в статистику, на них нет денег – это наша реальность. И есть пациенты, чье лечение обходится гораздо дороже, например, при использовании протонной терапии, трансплантации костного мозга и т.д.», – отметил эксперт.

Основная проблема сегодня заключается в том, что, хотя каждый врач должен руководствоваться в своей работе клиническими рекомендациями и протоколами, далеко не все они обеспечены бюджетом. «То, что показано по закону и продекларировано государством как бесплатная помощь, бесспорно, должно предоставляться бесплатно для пациента. Но если врач рекомендует какую-то дополнительную системную терапию, лекарственные средства или обследования, у пациента должна быть возможность обеспечить себе доступ к этим рекомендациям. И мы считаем, что именно здесь наиболее эффективным компонентом обеспечения доступности данных видов медицинской помощи должна являться система ГЧП», – заявил он. По мнению Борисова, эта система будет поддерживать эффективность государственных затрат.

Во многих развитых странах мира население активно участвует в софинансировании медицинской помощи. К примеру, в США 45% от всех расходов на лечение онкобольных берет на себя государство, остальное – это деньги населения, но не прямые платежи, а средства, формируемые системой страхования.

На сегодняшний день на российском рынке есть страховой продукт, который отвечает этим требованиям. Это страховой полис «Управляй здоровьем!» от ВТБ-Страхования и Центра персонализированной медицины. В случае постановки онкологического диагноза клиент получает доступ к уникальной системе ассистанса. Специалисты ЦПМ разрабатывают специально для него маршрутную карту лечения, включающую выбор лечебного учреждения, консультации по выбору тактики лечения, психологическую и юридическую помощь. Пациент не остается один на один с бюрократической машиной здравоохранения. На каждом этапе лечения ему оказывается необходимое консультирование.

Кроме того, в течение пяти рабочих дней он получает единовременную выплату до 1,5 миллиона рублей. Пациенты могут использовать полученные деньги, чтобы ускорить начало лечения, закупить необходимые препараты. Но также могут потратить их на содержание семьи или другие нужды. Отчитываться за эти средства перед страховщиками ему не придется.

«Мы предлагаем программу по сопровождению и поддержке застрахованного лица, которую реализуют «Равное право на жизнь» и Центр персонализированной медицины. Всеми вопросами организации лечения пациента, включая финансовые вопросы, сбор документов, медицинские консультации, составление плана лечения, юридическую и психологическую помощь, занимается группа профессионалов – своего рода «аварийные комиссары». При наступлении страхового случая клиент звонит на горячую линию проекта и получает полное сопровождение», – рассказал заместитель генерального директора ВТБ-Страхование Олег Меркулов.

Именно страхование является тем механизмом, который обеспечит устойчивое финансирование здравоохранения, считает Меркулов. По его словам, ВТБ-Страхование работает над расширением страховой суммы. В компании хотели бы увеличить ее до полного покрытия лечения онкологических пациентов. «На сегодняшний день по программе «Управляй здоровьем!» застраховались более 80 тысяч клиентов. Только за сентябрь мы продали 10 тысяч полисов. У нас уже были и страховые случаи, и мы убедились в том, что все наши сервисы работают», – говорит Меркулов.

Такая система добровольного медицинского страхования может повысить эффективность затрат государства и защитит больного от личного и семейного банкротства. Кроме того, страхование граждан позволит решить проблему доступности медицинской помощи.

ХИТРАЯ СТАТИСТИКА,

или О том, сколько получают врачи на самом деле

Чиновники рапортуют о том, что майские указы президента выполнены и зарплаты в здравоохранении удалось приравнять к средним по региону. А результаты журналистских расследований и опросов оптимизма не внушают и звучат тревожно: врачи работают на пределе сил и не всегда за адекватную зарплату. Так сколько же получают врачи?

Средняя зарплата врача в России – 46 тысяч 200 рублей, среднего медперсонала – 26 тысяч 300 рублей. Это официальные данные за 2014 год. Фонд «Здоровье», проводивший опрос среди медиков, нашел только 4% врачей, которые получают 50 тысяч и более. У остальных зарплата колеблется от 10 до 20 тысяч рублей. Самая благоприятная ситуация – в Москве, Московской области, Санкт-Петербурге, Якутии и Ханты-Мансийском автономном округе.

Московские чиновники заявили, что зарплата столичных врачей в Москве доходит до 80 тысяч рублей, а к 2018 году она вырастет до 140 тысяч рублей в месяц. Информационное агентство РБК выяснило, что зарплату в размере средней по региону удалось обеспечить только за счет совмещения ставок. Московские врачи хорошо зарабатывают, но деньги достаются им непросто: рабочий день увеличился, время, отведенное на пациента, сократилось, медсестер нет, нужно самим заполнять гору бумаг. Чтобы все успеть, иногда приходится ночевать на работе.

Директор Центра социальной экономики Давид Мелик-Гусейнов не удивляется тому, что работодатель, увеличив зарплату, требует полной отдачи: «Вопрос сейчас в том, как разгрузить врача. В России врач – он больше, чем врач, занимается многими не свойственными ему функциями. Пишет много, бумажки заполняет. Эти функции были и в советское время, их просто никак не оптимизировали, не изменили, не компьютеризировали. А врачей не обучили, как работать в более жестком графике и с бóльшим эффектом. Система очень неповоротливая. С одной стороны, все понимают, что на те зарплаты, которые были раньше, жить дальше нельзя, но, увеличивая зарплату в два раза, любой работодатель будет требовать в два раза лучше работать. Государство – такой же работодатель, оно хочет, чтобы коэффициент полезного действия конкретной единицы возрастал. Конечно, люди видят, что возрастают нагрузка, ответственность, но если снять всю непрофильную работу, оставив врачу исключительно его врачебные функции, то ситуация изменится в лучшую сторону».

Эксперт считает, что никто не мешает главному врачу нанять специалистов для расшифровки записей врачей, которые они надиктовывают на специальные устройства. По его словам, в поликлиниках сегодня оседают очень хорошие деньги, на которые можно было бы освободить врача от бумажной волокиты.

Фонд «Здоровье» опросил около 6 тысяч врачей в 85 регионах и выяснил, что 89,25% опрошенных работают сверхурочно, большинство из них не получают доплат за переработку. Больше всех перерабатывают врачи из Пензенской области, Пермского края, Москвы и Якутии. Директор фонда «Здоровье» Эдуард Гаврилов подчеркивает, что врачи работают больше нормы, часто – на пределе сил. Это противоречит Трудовому кодексу РФ, поэтому Гаврилов ждет адекватной реакции от Минздрава и Минтруда.

По словам Мелик-Гусейнова, во многих регионах трудно оценить реальные условия труда врачей из-за нежелания главных врачей идти на контакт с экспертами. «Главные врачи – это как некая мембрана, которая ничего не впускает и ничего не выпускает наружу. Понятно, что они там переживают за свой коллектив, за определенные отношения внутри этого коллектива, но дотянуться до проблем конкретного врача через институт главных врачей сложно. Москва эту проблему решила отчасти потому, что главные врачи перестали быть работниками больниц, они сегодня сотрудники Департамента здравоохранения. Их департамент нанимает на работу. Таким образом, вся система московского здравоохранения очень прозрачна. Проследить, сколько получает самый невидимый специалист поликлиники, в Москве сейчас можно. А по всей остальной территории эта тема неоднозначная».

РАВНОЕ ПРАВО НА ДОСТУП К ЛЕКАРСТВАМ

Два миллиарда людей на Земле не имеют доступа к основным лекарствам… Лекарства для ВИЧ-терапии себестоимостью 100 долларов обходятся пациентам в десятки и сотни раз дороже… Онкобольные в России не могут получить лечение современными препаратами из-за сокращения финансирования… Это все данные из доклада «Доступ к лекарствам в контексте прав человека на здоровье» на Социальном форуме 2015, проведенном Советом ООН по правам человека.

Форум проходил в Женеве, председателем-докладчиком выступал постоянный представитель Катара Файсал бен Абдалла эль-Хензаб. Участники форума рассматривали вопрос о доступе к лекарствам в контексте права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья – в том числе на инновационное лечение и оптимальные виды терапии, существующие в наши дни.

Докладчики говорили о неравенстве между государствами и влиянии этого неравенства на доступ к лекарствам, о бедности, о лекарствах для детей, о черном рынке и интеллектуальных правах, об ответственности фармацевтических компаний. О том, что соображения охраны здоровья должны превалировать над правами интеллектуальной собственности и коммерческими интересами.

Высокая цена на лекарства – не единственная проблема, с которой сталкиваются онкологические пациенты в разных странах. Участники форума говорили о затрудненном доступе к опиоидам и проблемах паллиативного ухода, о закупке и распределении лекарств в условиях ограниченных ресурсов, о чрезмерном регулировании лекарственного рынка и последствиях смены политических режимов для системы здравоохранения. В обсуждении участвовали представители ВОЗ, Международной ассоциации хосписов и паллиативного ухода, сети стран третьего мира и Международного союза борьбы против рака, представители стран.

Россию на форуме представлял Дмитрий Борисов – исполнительный директор НП «Равное право на жизнь». «Бюджетное планирование и финансовый менеджмент в российской системе медицинской помощи ориентирован в первую очередь на финансовые показатели, а не на международные стандартные лечения. В первую очередь это ставит под угрозу жизни онкологических пациентов, у которых нет равного доступа к инновационным препаратам», – заявил он в своем выступлении. Борисов рассказал, что Россия, не справляясь и сейчас со взятыми на себя обязательствами, планирует сократить объем расходов на здравоохранение с 3,6 до 2,8% валового внутреннего продукта, что прямо ставит под угрозу доступ к лекарствам.

Среди других препятствий для получения онкопациентами в России адекватной терапии Борисов назвал устаревшие системы контроля заболеваемости и смертности и соответственно недостоверную статистику, а также существенный разрыв между законодательной политикой и ее финансированием и осуществлением. Борисов рассказал участникам форума, что на доступе российских граждан к медицинскому обслуживанию и лекарствам негативно сказался переход от советской системы государственного здравоохранения к системе обязательного медицинского страхования с множеством пробелов и недоработок.

По результатам форума была принята резолюция, в которой особое внимание уделено взаимосвязи здравоохранения, торговли и прав интеллектуальной собственности. В ней говорится о необходимости расширения местного производства лекарств в развивающихся странах с целью расширения доступа к лекарственным препаратам. Участники форума рекомендовали укреплять национальные системы здравоохранения и обеспечить всеобщий охват медицинским обслуживанием. На международном уровне принято решение приостанавливать действие ТРИПС (Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности) в тех случаях, когда они препятствуют доступу бедных слоев населения к лекарствам. Также участники постановили, что исследования в университетах должны считаться общественными исследованиями на благо всех и не подлежать патентованию в отсутствие надлежащих гарантий доступа к выпускаемым в их результате лекарствам.

Рашми ШИРАЛИ, онколог-химиотерапевт:

«ТАМ, ГДЕ НЕТ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ, ЧАСТНАЯ ПРАКТИКА ОПАСНА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ»

Почему, несмотря на стремительное развитие онкологии, воспользоваться достижениями современной науки могут лишь единицы, чем ситуация в российском здравоохранении напоминает индийскую и к чему может привести приватизация медицины рассказала онколог-химиотерапевт Max Healthcare Hospital в Нью-Дели, выпускница РУДН Рашми Ширали.

– Госпожа Ширали, сейчас во всем мире растет заболеваемость раком. Готова ваша медицина справляться с этой бедой?

– За последние 30 лет произошли серьезные изменения в терапии рака, появились эффективные препараты, оптимальные протоколы лечения. Далеко продвинулась и поддерживающая терапия – много сделано для того, чтобы уменьшить тяжелые симптомы заболеваний и побочные явления их лечения. Мы лечим наших больных по тем же протоколам, что и в Европе, и теоретически, если диагноз поставлен вовремя, можем добиваться хороших результатов.

Но в реальности подавляющее большинство населения страны не может воспользоваться достижениями современной науки. На сегодняшний день это привилегия богатых клиентов отдельных частных клиник.

– Государственная медицина так серьезно отстает от частной?

– Однозначно ответить трудно. Даже в пределах одного города могут быть и хорошие клиники мирового уровня, и такие, в которых нет самого элементарного. Кроме того, 70% населения живет в поселках, где вообще нет лекарств, оснащения, коек, врачей. В больших городах есть хорошие государственные больницы. Есть и некий аналог российской системы квот. Но их столь мало, что приезжающие из глубинки люди подолгу ждут своей очереди, испытывая большие трудности и теряя драгоценное время. В отделении онкологии одной из престижных больниц в Дели очередь на радиотерапию люди ждут месяцами, и лечение в итоге уже теряет смысл.

Количество больных стремительно растет, онкологи просто валятся с ног. В нашей частной клинике есть поликлиника и стационар. И каждый врач на приеме смотрит 60–70 больных. Затем он идет в стационар, где ведет еще 20–25 больных, которых он госпитализировал на химиотерапию.

Времени на какие-то научные исследования и разработки уже не остается. В государственных клиниках нагрузка на врачей еще больше. Это не может не сказываться на качестве работы. Кроме того, из-за нехватки средств в госклиниках используются препараты, которыми лечили 30 лет назад.

– Власти что-нибудь делают для увеличения доступности медпомощи?

– К сожалению, ничего. Всегда, когда есть недостаток государственной системы здравоохранения, вместо того чтобы ее укреплять, начинают от нее отходить. И вот тогда она становится еще слабее. С начала 90-х годов в Индии идет активная приватизация медицины, госсектор сужается, и уже 80% инфраструктуры здравоохранения в стране находится в руках частных лиц.

И все это время нам приводили аргументы, которые сейчас все громче звучат в России: поскольку государство не может больше вкладываться в медицину, а госсектору не хватает квалифицированного персонала и технологий, то давайте продвигать частные практики.

Частники получают льготы и преференции и, естественно, хватаются за все, что можно. Но это не смущает людей, принимающих решения, они следуют той логике, что в частной практике главное – репутация, и, боясь испортить эту репутацию, бизнес будет обеспечивать хорошее качество. Но это далеко не так.

– Но ведь вы говорили о более высоком качестве услуг в частном секторе?

– Во-первых, не во всех, а во-вторых, делая ставку только на частную практику, мы очень односторонне развиваем наше здравоохранение. Мы можем получить передовые госпитали, но их будут единицы. И высокие результаты их работы не будут иметь ничего общего с показателями по всей стране. Кругом такая беднота, которая не может бороться даже с самыми банальными болезнями, не говоря о такой сложной, как рак.

По официальным данным, около 60% заемщиков берут кредиты, чтобы оплатить лечение. При этом более половины пациентов не могут вернуть долги и становятся банкротами.

Иногда мы лечим больного ребенка, у которого есть все шансы на выздоровление, и не знаем, сможем ли долечить его до конца, хотя его семья продала все, что у нее было. Вот такие решения приходится принимать людям, которые пытаются спасти своих родных.

Более того, там, где нет государственного регулирования, частная практика опасна для населения.

– ?

– Для частника главное значение всегда будет иметь не медицинская, а коммерческая сторона вопроса. И во всем цивилизованном мире стараются как-то так урегулировать этот вопрос, чтобы люди все-таки не платили медикам напрямую из своего кармана, а финансирование шло по системе медицинского страхования. В Индии эта система остается на очень низком уровне. А прямые сделки между врачом и пациентом ни к чему хорошему не приводят.

При такой системе, как у нас, частники всегда будут назначать избыточные дорогостоящие исследования и процедуры и даже не имеющие медицинских показаний хирургические вмешательства.

– А как относятся к такому положению вещей рядовые медики?

– Я очень болезненно это воспринимаю. Возмущаюсь, прямо говорю об этом больным. Некоторые мои коллеги разделяют мои чувства, но говорят, что твое дело не обмануть доверие пациента, который пришел к тебе. А отвечать за всех ты не можешь. Со временем я с этим, возможно, соглашусь. К счастью, в дорогостоящей онкологии таких ситуаций меньше. Но при обычных проходящих болезнях практически всегда «лечат» больше, чем надо. Сразу в одном рецепте выписывают уже по два-три антибиотика.

Когда Индия после получения независимости выбирала свой путь развития, много говорилось о доступности здравоохранения. Рассчитывались параметры системы – сколько на определенное количество населения должно быть больниц, врачей. И хотя сейчас такая система существует во многих развитых странах, в Индии эти принципы забыты.

На здравоохранение в нашей огромной стране выделяется только 4% ВВП (а на оборону, пожалуйста, – 15%).

Это совершенно неразумно. Люди, которые создают этот ВВП, должны иметь доступ к лечению. Здоровье – это не товар. И то, что сейчас в России начинается приватизация медицины, меня очень расстраивает. В развитых странах люди не отказываются платить большие налоги, потому что знают, что они к ним вернутся в виде доступных медицины и образования, социальной поддержки. Уже неоднократно было доказано, что чем выше уровень страны, тем больше в ней государство берет на себя поддержку здравоохранения. Преобладание частного сектора в медицине – признак отсталого общества.

ВСЕ ПО ВЗРОСЛОМУ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ

Детская онкология – самое молодое направление современной медицины. В России оно существует всего 20 лет. О том, чего сумели за это время добиться отечественные специалисты и что мешает двигаться вперед, говорили на прошедшем в начале октября в Москве VI съезде детских онкологов России.

ДОСТИЖЕНИЯ

Ежегодно в России онкологические заболевания диагностируются у 4 тысяч детей. И если 20 лет назад 80% из них погибали, то сегодня это соотношение поменялось в обратную сторону. Современные технологии лечения позволяют вылечивать 80% детей, если диагноз был поставлен на 1–2-й стадии. Правда, такие показатели есть только в нескольких крупных научных центрах. В целом по стране, как признает президент Российского общества детских онкологов, главный внештатный детский специалист-онколог Минздрава, академик РАН Владимир Поляков, соотношение между вылеченными и безнадежными детьми – 60:40.

Сегодня в руках медиков появляются новые технологии, программы комбинированного лечения и сопроводительной терапии. Появляются наконец-то в регионах и сами специалисты – детские онкологи. На съезде прошло обсуждение клинических протоколов, которые будут транслироваться в регионы для формирования единой системы лечения детей.

Еще один шаг вперед – детская паллиативная медпомощь, формально появившаяся только в мае этого года, когда Минздрав впервые утвердил Порядок оказания такой помощи детям. По словам президента благотворительного фонда помощи хосписам «Вера» Нюты Федермессер, еще 10 лет назад паллиативная помощь вообще не считалась частью медицины, а эксперты говорили, что в России никогда не будет детских хосписов. На нынешнем съезде детских онкологов была организована школа для медсестер, которые в том числе работают с безнадежными детьми, а также впервые в России – секция для родителей.

ПРОБЛЕМЫ

О проблемах, не позволяющих более активно развивать отрасль, на съезде говорилось значительно больше. То же паллиативное сопровождение сегодня в основном в компетенции хосписов (которых в стране катастрофически не хватает), а также благотворительных центров. Так и не решен вопрос обезболивания инкурабельных больных. По словам Полякова, схема получения обезболивающих препаратов далеко не совершенна и принятых в последнее время законодательных послаблений недостаточно. Например, выписать обезболивающее лекарство больному по-прежнему могут лишь по месту регистрации.

Остается низким уровень онкологической настороженности в первичном звене. Хотя именно участковые педиатры должны замечать ранние признаки онкозаболевания, но при их нынешней подготовке и перегруженности ждать этого не приходится. Первичную педиатрическую службу добивает проходящая в стране оптимизация здравоохранения, при которой в регионах закрывают и объединяют детские больницы, считают участники съезда. А поскольку, по словам члена Совета Федерации, детского онколога Владимира Круглого, все упирается в финансирование, ситуация будет только ухудшаться.

Серьезную проблему представляет также реабилитация онкобольных после завершения лечения.

Дефицит финансирования может поставить под удар многие наработки детской онкологии, опасается Поляков. По его словам, квоты на одного больного очень малы (129–137 тысяч рублей). В условиях кризиса денег медицина будет получать еще меньше, и теперь у врачей вся надежда на благотворительные фонды. Уже сейчас, по оценкам специалистов, в России половина средств, затрачиваемых на онкологию, приходит извне. «За границей в значительной степени этот дефицит восполняют благотворительные фонды, которые помогают закупать дорогостоящее лабораторное, диагностическое оборудование, – рассказал Поляков. – К счастью, в нашей стране тоже сейчас начинают это делать».

Дефицит средств бьет по доступности качественного лечения детей, говорили онкологи. Так, закон о госзакупках фактически лишает медучреждения права закупать оригинальные сертифицированные препараты, вынуждая отдавать предпочтения дженерикам. «Мы крайне негативно относимся к дженерикам, особенно когда речь идет о высокодозной химиотерапии. Мы применяем только проверенные, оригинальные препараты. В связи с этим возникают проблемы, но администрация идет на риски», – заявил замдиректора по научной и лечебной работе НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Блохина Георгий Менткевич. В ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева также используют в основном оригинальные импортные препараты, приобретенные с помощью благотворительных фондов, рассказала завотделом нейроонкологии ФНКЦ Элла Кумирова.

Участники съезда приняли резолюцию с просьбой к правительству не ограничивать возможность закупки оригинальных препаратов для нужд детской онкологии. В поддержку этого требования уже выступила Национальная медицинская палата.

БОЛЕЗНЕННЫЙ ВОПРОС

О ЖИЗНИ БЕЗ БОЛИ

1 июля 2015 года вступили в силу новые правила выписки рецептов на сильнодействующие (наркотические) обезболивающие препараты. Предполагалось, что благодаря им обезболивание станет доступнее. Но несмотря на многие положительные изменения, проблемы остались.

По новым правилам, сильнодействующие обезболивающие пациенту может выписать не только онколог, но и врач-терапевт, а также фельдшер, если онкобольной живет в удаленном месте. Сельские амбулатории и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП) теперь заменяют аптеку. Они могут хранить наркотики и обеспечивать ими больных. Перевозят наркотические обезболивающие по-прежнему на спецтранспорте, но уже без спецохраны. Это экономит средства небольших районных больниц и ФАПов.

Срок действия рецепта на наркотические обезболивающие продлили до 15 дней. Это решило проблему выписки препаратов в выходные и праздничные дни. Раньше новый рецепт на лекарства можно было получить, только предъявив все использованные ампулы. Сейчас это правило отменено, не нужно сдавать и использованные пластыри.

Пациента с сильными болями не могут выписать из стационара, не обеспечив пятидневным запасом обезболивающих или рецептом на их получение. Но, по данным Росздравнадзора, этот приказ Минздрава повсеместно нарушается. Объяснение простое – такие рецепты принимают специализированные аптеки, к ним прикреплены только поликлиники, а наркотических препаратов не хватает самим больницам.

Ольга Гольдман, директор «Проекта СО-действие» (помощь онкобольным), отметила, что основная проблема – короткие сроки действия рецептов – решена. Но в «СО-действие» по-прежнему поступает много вопросов от пациентов – болит, не знаем куда обращаться. Многие пациенты и их родственники не информированы о том, что они имеют право на обезболивание.

«К нам по-прежнему поступают вопросы. Мы, конечно, интенсивно информируем пациентов о том, что такое паллиативная помощь, хоспис, даем контакты в регионах, но часто люди даже не знают, что боль терпеть нельзя, – рассказала Ольга Гольдман. – Только что у меня был вопрос из Ростова. Мама ребенка с саркомой была озабочена тем, что нужно приехать в Москву по квоте, мы решали технические детали. И она в какой-то момент вскользь мне говорит: а вот у девочки ночью очень сильные боли, что же делать. И мне пришлось рассказывать, что боль терпеть нельзя, тем более ребенку, озаботьтесь тем, чтобы вопрос решился, сделайте то и то. То есть она вообще была не в курсе, что этот вопрос нужно и можно решать. Они просто смирились с этой ситуацией. Информирование пациентов очень хромает, особенно в регионах».

Врачи-терапевты по-прежнему не всегда могут оценить боль, вовремя назначить обезболивающее или направить пациента в кабинет паллиативной помощи, где ему подберут правильную дозу. Несмотря на упрощение правил выписки наркотических обезболивающих, врачи не перестали бояться уголовной ответственности, часто просто перестраховываются.

Президент фонда помощи хосписам «Вера» Нюта Федермессер отметила положительные моменты новых правил, но она считает, что ситуация с обезболиванием онкобольных кардинально изменится только после отмены статей Уголовного кодекса, касающихся преследования врачей за неправильное оформление рецепта на наркотические обезболивающие. По ее словам, логичнее было бы установить административную ответственность для врачей, которые оставляют пациента страдать от болевого синдрома.

В апреле Росздравнадзор открыл горячую линию для жалоб по назначению и выписке обезболивающих препаратов.

Позвонить на бесплатный круглосуточный номер телефона можно из всех регионов:

8 (800) 500-18-35

Сообщать о нарушениях предлагают и по электронной почте:

gnop@roszdravnadzor.ru

Ольга ГОЛЬДМАН, руководитель «Проекта СО-действие»:

«НА ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГА ПРОСТО НЕ ХВАТАЕТ»

После серии самоубийств онкологических пациентов в Минздраве задумались о душевном состоянии больных. Было решено провести курсы для онкологов, на которых врачей научат распознавать пациента в пограничном состоянии, чтобы направить его к специалисту. Но, по мнению руководителя «Проекта СО-действие» Ольги Гольдман, согласившейся ответить на вопросы газеты, этого недостаточно. Чтобы облегчить положение пациента и снять с врача эмоциональную нагрузку, нужно развивать службу психолого-психиатрической помощи в онкодиспансерах.

– Насколько курсы психиатрической помощи для врачей-онкологов могут решить проблему самоубийств среди онкопациентов?

– Очень хорошо, что в Минздраве озаботились этой проблемой. Нельзя отрицать, что у части онкологических больных есть психиатрические отклонения. Часть этих отклонений – последствия химиотерапии, часть – клинической депрессии. Нужно, чтобы эти отклонения лечили врачи-психиатры, врачи-психотерапевты совместно с медицинскими психологами.

Единственное, что сегодня врач-онколог может сделать для такого пациента, – это посоветовать пациенту обратиться в психоневрологический диспансер. Но это тупиковый путь по двум причинам.

Во-первых, когда человек обращается в ПНД и как только им начинают заниматься, он фактически сразу же поражается в правах, потому что он становится на учет.

Вторая проблема в том, что у онкологического больного нет сил. Он болеет. Он занят основным своим заболеванием. И еще ходить в другое учреждение, для того чтобы разбираться с проблемой, которая для него еще не факт, что основная, этого никто не будет делать. Поэтому такая психолого-психиатрическая служба обязательно должна быть прямо в онкодиспансерах.

– Как эта система должна работать, чтобы быть эффективной?

– Институт Сербского собирается обучать онкологов, чтобы они хотя бы могли распознать суицидальные настроения. Врач задает стандартные вопросы пациенту, чтобы понять, в каком он находится состоянии, и определить, нужна ли ему помощь специалиста. И направить его на консультацию.

А дальше нам нужно сделать так, чтобы у нас в амбулаторном звене был врач-психиатр или врач-психотерапевт. Но ожидать, что врач-онколог будет заниматься психологическими или психиатрическими проблемами своего пациента, нельзя. Потому что врач-онколог и так перегружен своими прямыми обязанностями.

Опасность решения Минздрава в том, что после организации курсов дальнейшая работа проведена не будет. Потому что на создание полноценной психолого-психиатрической службы в системе онкодиспансеров нужны средства, а их, как всегда, не хватает.

В отсутствие стандартов организовать такую службу может главный врач самостоятельно.

– Куда сегодня можно направить пациента в пограничном состоянии?

– Можно дать такому пациенту номер Всероссийской горячей линии психологической помощи онкологическим больным и их близким: 8-800-100-01-91. По этому телефону работают профессиональные психологи. Они могут оказать первую помощь при угрозе суицида, специально обучены с таким человеком работать, чтобы вывести его из кризиса.

– Но ведь если говорить о психологической помощи, проблема не только в самоубийствах пациентов. Даже если человек не доходит до крайней точки, его состояние может быть очень тяжелым. Как помочь таким пациентам?

– Пациенты эмоционально очень зависят от своего врача. И поддержка врача в большинстве случаев является ключевой в желании вылечиться. Понимаете, когда врач, повернувшись спиной к пациенту, моя руки, говорит: «Батюшка, вам я ничем больше не могу помочь» – что происходит с этим человеком, который все еще жив? Может быть, у него осталось не так много времени, тем не менее он еще живой. И у него есть страхи, у него есть желания, у него есть эмоции. Ему нужно человеческое отношение.

Мы не можем ожидать, чтобы доктор на работе, в профессиональной обстановке реагировал как простой человек. Он должен реагировать как специалист. Тем не менее должны быть и этические рамки.

– По-вашему, возможно научить врача интересоваться эмоциональным состоянием пациента, если доктор раньше этому внимания не уделял?

– Онкологи очень часто находятся в состоянии эмоционального выгорания, они отгораживаются от проблем другого человека, с которым вынуждены иметь дело. Поэтому шансы, что врач будет вникать в эмоциональные проблемы пациента, малы. Вообще, врач не может загружаться проблемами того, кого он лечит, иначе его на лечение не хватит. Но он должен профессионально и корректно вести разговор, не беря на себя лишнее, не принимая решения за пациента.

– Как врачу можно защититься от выгорания?

– Нужно стараться разделить время для работы и время для себя. И не принимать звонки, например, во внеурочное время. Очень часто доктора дают свой мобильный телефон. То есть доктор, который желает своему пациенту выздоровления, о нем заботится. Но если смотреть с профессиональной точки зрения, это очень опасная для доктора ситуация. Потому что именно когда он сидит и ужинает с детьми, уже после работы, сняв свой халат, и ему звонит человек в болях, который кричит или плачет ему в трубку, в этот момент возникает выгорание.

Врачи оказываются в безвыходной ситуации. Либо ты выгораешь и тебе на всех наплевать, и тогда ты плохой доктор. Либо стараешься всем помочь, но получается, что за счет себя. И тогда еще больше выгораешь, но уже, может быть, не в сторону равнодушия, а в сторону полного сгорания, когда люди просто меняют профессию. Но найти баланс возможно, нужно к этому стремиться.

А вот если с пациентами будет работать профессиональный психолог, то врачам будет гораздо легче, потому что он возьмет на себя часть эмоциональных проблем пациента.

– Как может психолог помочь наладить процесс лечения?

– Психологическое сопровождение пациентов – это облегчение труда врача. Работа психолога направлена на то, чтобы снять эмоциональную заряженность у пациента и его родственников. Переключить людей, когда у них тяжелое состояние, когда слезы и агрессия, не дать этому состоянию помешать лечению.

Другая функция психолога – это информирование и коммуникация между пациентом и врачом. Очень часто наша работа заключается в том, что мы вместе с пациентом составляем список вопросов к врачу. Потому что в ситуации кризиса человек теряется, не знает, что ему делать, и с трудом воспринимает информацию на приеме.

В итоге пациенты более адекватны, они слушаются предписаний врача, принимают лекарства, как прописал доктор. Понимаете, если человек не верит, что он вылечится, он и не будет пять раз в день по три таблетки принимать. Ведь если у него не в порядке с эмоциями, он не сможет сосредоточиться, его агрессия будет выливаться на окружающих, включая врача.

Результаты работы психолога не видны с первого дня. Но при системном подходе, со временем ситуация в лечебном учреждении меняется к лучшему. Жалоб от пациентов становится меньше, эффективность работы онкологов повышается, условия труда врача улучшаются. И пациенты вообще-то лучше вылечиваются.

Приглашаем на форум «Движение против рака»

4 февраля 2016 года, во Всемирный день борьбы против рака, в Москве пройдет традиционный форум «Движение против рака». Приглашаем онкологов принять в нем активное участие. Мероприятие проводится с 2008 года, за это время форум превратился в крупную экспертную площадку, на которой обсуждаются самые острые проблемы онкологии и пути их решения.

В форуме традиционно участвуют представители федеральных и региональных органов законодательной и исполнительной власти, органов здравоохранения РФ, иностранные эксперты, а также авторитетные медики, лидеры пациентских организаций. Организаторы мероприятия – межрегиональное общественное движение «Движение против рака» и некоммерческое партнерство «Равное право на жизнь». Форум проводится под эгидой министра здравоохранения Российской Федерации и профильных департаментов правительства Москвы при поддержке главного онколога Российской Федерации Михаила Давыдова. IX форум «Движение против рака» пройдет в новом формате. Основное внимание – врачам-онкологам, которые помогают пациентам бороться с заболеванием. В первой половине дня состоятся сессия для пациентов и семинары. Одновременно с форумом будет работать выставка фармацевтических компаний. На ней фармкомпании представят современные средства для лечения онкологии. Вечером состоится большой концерт, на котором будут чествовать выдающихся врачей-онкологов. Среди исполнителей – Иосиф Кобзон, Николай Басков, Олег Газманов, Александр Розенбаум и другие известные артисты. Во время концерта на экране зрители увидят пациентов РОНЦ им. Н.Н. Блохина. Они расскажут свои истории и поблагодарят своих врачей.

Приглашение на концерт получат более 700 пациентов. Это больные, которым помогало и продолжает помогать «Движение против рака». В продажу поступит 1000 билетов. Средства, вырученные от продажи билетов, пойдут на закупку высокотехнологичного оборудования РОНЦ им. Н.Н. Блохина и помощь онкобольным.

Приходите, будет интересно!

НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО «РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ»

Организация создана в 2006 году по инициативе ведущих онкологов страны. Ее цель – объединение всех слоев общества для борьбы с онкологическими заболеваниями. «Равное право на жизнь» реализует свою деятельность по следующим основным направлениям:

- модернизация онкологических лечебных учреждений и поставка современного медицинского оборудования;
- образовательные мероприятия для врачей и медицинского персонала;
- правовая поддержка онкологических пациентов и контроль качества оказания медицинских услуг в России;
- информационная работа со здоровым населением по вопросам профилактики и ранней диагностики онкологических заболеваний (программа по ранней диагностике онкологических заболеваний «Онкодозор»).

НП «Равное право на жизнь» является членом Общественного совета по защите прав пациентов при Управлении Росздравнадзора по г. Москве и Московской области, членом Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения РФ. В июле 2013 года НП «Равное право на жизнь» получило статус экспертной организации при ООН.

«Равное право на жизнь» №19

Распространяется бесплатно
Свидетельство о регистрации: ПИ№ФС77-45868
Дата и время подписания в печать: 15:00, 10 ноября 2015 г.

Учредитель и издатель: Некоммерческое партнерство по содействию в продвижении социальных программ в области здравоохранения «Равное право на жизнь». Адрес: 121552, Москва, ул. Островная, д. 2, оф. 43-44

Главный редактор: МАРИЯ ЦЫБУЛЬСКАЯ
Дизайн: ИВАН СИДЕНКО
Верстка: МАРИНА ИВШИНА

Над номером работали: АНДРЕЙ УКРАИНСКИЙ, ИРИНА РЕЗНИК, ИРИНА ВЛАСОВА, ЮЛИЯ УСАЧЕВА, ЕЛЕНА ШМАРАЕВА

Отпечатано в типографии «ЗЕТА-принт»

ТЕЛЕФОН ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ:
8-800-200-2-200
с 9:00 до 21:00 (по России звонок бесплатный)
Дополнительная информация о деятельности НП «Равное право на жизнь» доступна на сайте
www.ravnoepravo.ru