



Тематическое приложение к газете **Коммерсантъ**

Здравоохранение

Понедельник 19 декабря 2016 №235/П (5985 с момента возобновления издания)

kommersant.ru

14 **Мировой бизнес диагностики приспособился к кризису спроса**

15 **Как реализуется взаимодействие между Минздравом РФ и РЖД о сотрудничестве в рамках «РЖД-Медицина» — крупнейшей в России сети негосударственных лечебных учреждений**

16 **Депрессия — это не метафора, а болезнь. 90% всех суицидов — результат невылеченных психических заболеваний**

Минувший первый год работы в новой системе организации поставок вакцин для Национального календаря профилактических прививок. Пока нервно для всех участников. **Елена Архангельская**, президент НПО «Петровакс Фарм», подводя итоги года, думает прежде всего о будущем отрасли и компании, сосредоточенной на выпуске инновационных оригинальных препаратов. Полагая, что только на этом пути в ближайшей перспективе есть будущее у отечественных фармкомпаний.

«И в этом прорыв российской фармы»

— позиция —

● Елена Архангельская в 1992 году окончила Государственную финансовую академию (в настоящее время Финансовая академия при правительстве РФ) по специальности «экономист». Имеет степень MBA, в 2014 году окончила Harvard Course of Effective Management. С 1996 по 2003 год занимала различные позиции в «Эли Лилли». В 2003–2014 годах работала в компании «Фармстандарт» заместителем генерального директора по финансам, с 2014 года — заместителем генерального директора по индустриальным проектам, вывела «Фармстандарт» на IPO. С 2015 года работает в НПО «Петровакс Фарм», вице-президент по финансам и экономике, президент (с апреля 2015-го).



ЭТО ВСЕГДА ПРОРОЧЕСТВО, ПОСКОЛЬКУ ДО ВЫХОДА ПРЕПАРАТА НА РЫНОК МОЖЕТ ПРОЙТИ 10–20 ЛЕТ.

Рождение компании

— Елена, с какой целью вас пригласили в НПО «Петровакс Фарм»? — С целью роста бизнеса. — С последующим IPO? — Одна из задач — повысить капитализацию компании. В том числе с помощью IPO. Такая цель есть. Не буду скрывать, что мои компетенции, опыт работы в «Фармстандарте» в связи с выводом компании на IPO были оценены при предложении мне руководящей позиции. — НПО «Петровакс Фарм» в нынешнем году исполнилось 20 лет. И всего шесть препаратов, точнее, шесть брендов. Не мало? — Не более чем в 15 формах выпуска. И для лечения свыше 20 видов заболеваний. А главное, это оригинальные препараты. И этого достаточно для того, чтобы развивать компанию, присутствовать на рынке. Мы представлены в различных областях медицины: начиная от инфекционных заболеваний, вакцинопрофилактики, гинекологии, урологии, дерматовенерологии и заканчивая онкологическими заболеваниями. В планах менеджмента компании вывод еще нескольких препаратов, также оригинальных. Причем мы перед собой сразу ставим задачу, чтобы каждый новый препарат имел экспортный потенциал. Знаете, что самое главное в разработке препарата? Не опоздать! Ведь на создание и вывод лекарственного средства на рынок уходят долгие годы. — Согласен. В основе любого великого лекарства — ученый пророк. Разработка нового препарата —

это всегда пророчество, поскольку до выхода препарата на рынок может пройти 10–20 лет. — Аркадий Васильевич Некрасов, основатель и председатель совета директоров компании, он пророк. — Это под его руководством разработан полиоксидоний? — Именно. Выпустить в 1996 году этот препарат было дерзостью. Но уникальность свойств полиоксидония доказывается с каждым годом, с каждым применением пациентами. — То есть это препарат, с которого начался НПО «Петровакс Фарм»? — Абсолютно верно. — Как вы могли бы сформулировать генеральную линию развития компании, направление? — Иммунология и биотехнология. — Но вся ваша линейка и полиоксидоний — это иммунология! — Не совсем: у нас также есть ферментные препараты для комплексного лечения гиперплазии соединительной ткани. А если говорить о полиоксидонии, он также является уникальным иммуноадьювантом. Входит в состав инвазивированных противогриппозных вакцин гриппол и гриппол плюс. — А будет компания выпускать дженерики? — Нет, даже в планах этого нет. Биомиметики — да. Это сложный синтез, высокотехнологичное производство, в том числе стерильных лекарственных форм. То есть это планка нашей перспективы, которую мы не собираемся понижать. — Вы хотите сказать, что начали разрабатывать биотехнологические препараты?

— Да. — Сколько лет вы закладываете на разработку и выпуск препарата на рынок? — От пяти до семи лет. — Когда планируется выход новых лекарственных средств? — В 2022–2023 годах.

Единый поставщик

— Сколько миллионов доз вакцин вы выпустили в текущем году? В совокупности? — В сумме порядка 24 млн. Противогриппозной вакцины гриппол плюс — около 19 млн и конъюгированной пневмококковой вакцины ПКВ 13 — 5,9 млн. — Какова доля государства в ваших продажах? — 50%. И 50% — розница. Еще несколько лет назад государственные поставки занимали 80%. При этом наш розничный сегмент сейчас растет быстрее, чем государственный. — Единый поставщик на закупку вакцин для Национального календаря прививок со стороны государства — это благо или боль? — Цель создания единого поставщика ясна. Но, кем бы он ни был, единственный поставщик должен обладать определенными компетенциями. Это в первую очередь производственная компания, а не только логистический оператор. Далее он должен быть нацелен на результат эффективной поставки лекарственных средств по заказу Минздрава здравоохранения и умело координировать работу с разными поставщиками, даже с теми, кто не входит в холдинг. И более того, он должен способствовать развитию сегмента. В данном случае — в области вакцин. Если исходить из перечисленных критериев в «Нацимбо» сейчас начинают осознать свое назначение. А НПО «Петровакс Фарм» исторически поставляло противогриппозную вакцину самостоятельно по прямым контрактам. — И как в итоге сработали? — Самое тяжелое в этом стартовом году работы по новой схеме поставок было длительное достижение договоренностей: контракт на поставку был подписан в середине августа на гриппол плюс для детей, а первый этап поставки — 5 млн доз — мы должны были завершить уже 31 августа, то есть в течение двух недель.

Прижизненный диагноз

— приоритет —

Детская кардиохирургия — одно из самых успешных направлений в отечественном здравоохранении, и, увы, одно из самых востребованных. Ежегодно в России рождается около 20 тыс. детей с врожденными пороками сердца (ВПС). Возможности современной детской кардиохирургии позволяют эффективно помочь большинству из них, включая более чем 75% нуждающихся новорожденных с ВПС. Поэтому ее развитие необходимо, в частности для снижения неонатальной смертности, считает **ВЛАДИМИР ИЛЬИН**, заведующий отделением кардиохирургии и интенсивной терапии московской детской городской клинической больницы им. Н. Ф. Филатова, из числа ведущих детских кардиохирургов страны.

Город лечит

— Отделение кардиохирургии и интенсивной терапии, которое вы возглавляете, достаточно молодое: ему всего восемь лет. Какова была необходимость в создании в Филатовской больнице этой структуры? — Отделение было открыто в сентябре 2008 года. В предшествующие годы в Москве резко возросла рождаемость. Если в 1992 году в столице родилось порядка 45 тыс. детей, то в 2008 году — уже 94 тыс. Причем рождаемость продолжает расти, и в 2015 году она превысила 143 тыс. Рост рождаемости в Москве и стране в целом привел, в частности, к увеличению количества детей с ВПС, которые нуждались в хирургическом лечении, в том числе неотложном. Федеральный Бакулевский центр, который, находясь в Москве, обслуживал не только столицу, но и всю страну, уже не справлялся с возросшими объемами помощи московским детям с ВПС. Это почувствовало руководство Москвы — глава московского городского департамента здравоохранения Андрей Сельцовский и мэр Москвы Юрий Лужков. Нам отделили часть шестого корпуса Филатовской больницы, оснастили необходимым оборудованием. Так было создано отделение кардиохирургии и интенсивной терапии в ДГКБ им. Н. Ф. Филатова. Так было найдено решение проблемы. За восемь лет мы прооперировали 2852 пациента, в том числе 567 новорожденных. На сегодняшний день мы являемся единственным детским кардиохирургическим отделением городского подчинения и удовлетворяем примерно половину потребностей Москвы в детской кардиохирургии. Ежегодно мы оперируем более 400 детей с врожденными пороками сердца, среди которых примерно четверть — новорожденные. При этом мы оказываем помощь не только московским детям, но и пациентам из Донецкой и Луганской самопровозглашенных республик. В прошлом году мы прооперировали 38 таких детей.

Коллектив единомышленников

— Ваше отделение известно рекордно низкой операционной летальностью — около 3%, соответствующей средневропейским показателям. Как удалось в столь сжатый срок достичь таких результатов? — За последние несколько лет мы продвинулись далеко вперед в понимании того, как, в каком возрасте, в какой последовательности оперировать, какие алгоритмы использовать, какой будет от этого эффект, как ребенок переживает эту операцию, полностью ли он поправится или его состояние несколько улучшится, поэтому результаты хирургических вмешательств резко улучшились. К примеру, в нашем отделении за последние три года не погиб ни один ребенок из 35 новорожденных, которым мы исправляли сложный порок — транспозицию аорты и легочной артерии. При этой патологии очень высока летальность в перинатальный период и в грудном возрасте. 70% неоперированных детей умирают до месяца, а 90% — до года. Мы их оперируем примерно в возрасте 7–15 дней. Операция с искусственным кровообращением длится около четырех-пяти часов. При этом сердце не работает, пото-



Ежегодно в России рождается около 20 тыс. детей с врожденными пороками сердца (ВПС). Чтобы спасти их, нужна разветвленная сеть профессиональной высокотехнологичной детской кардиохирургии, которая складывается в стране

му что мы исправляем там дефекты. А лет 20 назад смертность была порядка 15%. То же вроде бы не очень большая, но прогресс налицо. Сегодня у нас появилась новая хирургическая техника, мы осваиваем новые технологии, приходит понимание того, как лучше делать те или иные этапы операции. Операции на открытом сердце — это очень серьезная инвазия, большая операционная рана, переливание донорской крови, необходимость в искусственном кровообращении. Все это нужно учитывать, предупреждать и нивелировать новыми методами и лекарственными препаратами. Это очень многоплановый и большой процесс. При этом колоссальное значение имеет слаженная работа всего коллектива: хирургов, анестезиологов, интенсивных терапевтов и медсестер. Люди должны не просто все делать правильно, они должны быть мотивированы на достижение наилучшего результата и обращать внимание на любую мелочь. Не менее важен послеоперационный период. Когда выхаживаешь больного, очень важно предвидеть возможный ход событий, что позволяет избежать многих осложнений. Это постоянный контакт с ребенком, с приборами, которые мониторят его состояние. Очень часто это контакт на интуитивном уровне. А это приходит с опытом. Определяющим в нашей работе является сложный коллектив, где все друг друга хорошо знают, доверяют и готовы помочь. Здесь все работает на то, чтобы пациент поправился. — Как удалось создать такой сплоченный коллектив? Откуда пришли люди? — Сформировать эффективный коллектив — это уже половина дела. Особенно в нашей стране. Очень важна мотивация людей на успех в работе, а не просто на зарабатывание денег. Когда мне предложили возглавить это отделение, я уже был известным детским хирургом, и люди, которым я как специалист был интересен, связались со мной и предложили свои услуги. Кто-то не выдержал наших требований и ушел, но большинство остались. Я рад, что смог организовать здесь, в многопрофильной детской больнице, эффективный коллектив, который представляет собой особенную структуру. — В чем ее уникальность? — В нашем отделении работают специалисты разного профиля: хирурги, кардиологи, педиатры, рентгенохирурги, анестезиологи и интенсивные терапевты, медицинские сестры разных специальностей — все мы работаем одним коллективом. Обычно такое не практикуется. По крайней мере мне неизвестно, чтобы у нас в стране было что-то похожее.

В нашем отделении работают 54 человека, среди них 17 врачей. Преобладают, конечно, медсестры и санитарки, и это очень важно, потому что мы стремимся каждому пациенту уделить максимальное внимание. — Все ли дети с врожденным пороком сердца нуждаются в экстренных операциях и все ли своевременно их получают? — Ежегодно в Москве рождается около 1,2 тыс. детей с диагнозом «врожденный порок сердца». Примерно 300–400 из них нуждаются в хирургическом вмешательстве в возрасте до одного года. Но при детальном анализе выясняется, что среди них есть те, кто родился с врожденным пороком сердца, но у них спустя какое-то время произошло самоизлечение. Такое бывает, если речь не идет о каких-то серьезных комплексных пороках, а, например, об артериальном протоке или небольшом межпредсердном дефекте. Но бывает и наоборот, когда порок проявляется лишь в старшем возрасте, а в период новорожденности не был диагностирован. Самые тяжелые пациенты — это новорожденные и дети первых месяцев жизни, которые во многих случаях требуют неотложных, в том числе повторных, вмешательств. При этом сама операция — это немалый риск. Если для ребенка риск умереть без операции больше, чем риск операции, то мы оперируем новорожденных. Если же ребенок может расти и развиваться с умеренными проблемами, с умеренной сердечной недостаточностью, с какими-то другими элементами, которые мы можем лечить терапевтически, мы даем ему такую возможность. Хирургическую помощь по медицинским показаниям у нас получают все дети. Нередко у ребенка с врожденным пороком сердца присутствует целый ряд других дефектов развития и перинатального периода: порок желудочно-кишечного тракта, порок дыхательных путей и легких и др. Это пациент с множественной патологией развития, поэтому нельзя в полной мере считать, что это кардиологический пациент. Из всех больных с комплексными ВПС, которые нуждаются в хирургической помощи, примерно 7–10% имеют множественные дефекты развития. Обычно это некая синдромальная патология, которая сопровождается пороком сердца. При этом нередко встречаются и абсолютно смертельные генетические обусловленные синдромы, при которых 75–80% детей погибают до года и 100% — до достижения двух лет. Тем не менее их необходимо лечить, как и всех остальных детей. — Это лечение просто продлевает жизнь? — Кому-то продлевает, а кому-то, наоборот, укорачивает, поскольку кардиохирургические вмешательства — это самые инвазивные и самые травматичные хирургические вмешательства для организма ребенка, да и взрослого.

ПЕРЕМЕЩЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

С начала следующего года практически все виды высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) попадут в систему федерального фонда ОМС (ФФОМС). Иными словами, получать такого рода медслужбы можно будет без квот, по обычному полису ОМС. Станут ли высокие технологии доступнее? И удастся ли по ОМС оплачивать все, даже уникальные, медицинские услуги. С 2014 года высокотехнологичная медпомощь, которая раньше оказывалась пациентам по бюджетным квотам, постепенно переходит на финансирование по системе ОМС. Поначалу эксперты этого опасались. Если квоты хоть с опозданием и в небольших количествах, но все же выделялись нуждающимся пациентам, то финансирование ВМП из средств системы ОМС на местах выглядело очень сомнительным. Ведь у многих регионов не хватает денег даже на оказание элементарных видов медслужб, что уж говорить о дорогостоящих технологиях? Как отмечают в Межрегиональном союзе медицинских страховщиков, сегодня в систему ОМС постепенно вводятся давно практикуемые методы оказания ВМП, которые осваиваются рядовыми клиниками в регионах. Так, если в 2014 году ВМП можно было получить в 641 медорганизации, то в 2016 году — уже в 880. В 2016 году в полный перечень видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС в 2016 году, входят 513 методов по 38 группам лечения. «Сегодня ВМП оказывается по Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, которая ежегодно утверждается правительством РФ. Перечень видов ВМП прилагается к программе», — рассказывает Александр Трошин, директор по развитию компании «АльфаСтрахование-ОМС». В перечне два раздела. В первом — виды ВМП, включенные в базовую программу ОМС, которые финансируются за счет субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС его территориальным бюджетам. Во втором — виды ВМП, не включенные в базовую программу, финансировать их должны посредством субсидий ФФОМС непосредственно госклиникам. «Преимущества перевода ВМП в систему ОМС очевидны, — говорит господин Трошин. — Можно выделить два фундаментальных изменения. Во-первых, расширяется география: ВМП активно идет в регионы, особенно в части отработанных технологий, но крайне важных для здоровья и жизни пациентов. Это повышает доступность ВМП, сокращает сроки ожидания, не требует дальних поездок пациента». Кроме того, добавляет господин Трошин, пациент, получая

ВМП через ОМС, а не по квоте, обретает дополнительную поддержку в лице страховой компании в части защиты его прав. «У нас есть основания полагать, что увеличение объема оказанной пациентом ВМП, о котором с гордостью сообщает Минздрав, происходит в ущерб оказанию первичной медпомощи населению, особенно на селе», — говорит директор Фонда независимого мониторинга «Здоровье», член Общественной палаты РФ Эдуард Гаврилов. — Однако механизм расчета стоимости тарифа был отвергнут Минздравом, стандарты не утверждены, а предложенный министерством метод расчета стоимости тарифа на основании клинико-статистических групп в отсутствие стандартов не может быть объективным. Отсутствуют расчеты стоимости законченного случая лечения. Это приводит к тому, что утвержденные тарифы на оказание этих видов медпомощи не покрывают реальных расходов медицинских организаций, которые вынуждены из-за этого развивать платные медицинские услуги. Только за последние два года объем оказанных населению платных медслужб вырос почти в пять раз. Перераспределение средств на ВМП в рамках ОМС приводит к недофинансированию первичной медпомощи. Второй год подряд мы наблюдаем снижение ее объемов. За 2015 год общее число посещений врачей снизилось на 40 миллионов 230 тысяч, что не подтверждает заявления Минздрава о приоритете профилактической работы». Пока еще уточненного списка видов ВМП, которыми пополнятся перечни в будущем году, нет — он появится, как только будет одобрен бюджет Фонда ОМС. Как рассказывает начальник Отдела по взаимодействию с федеральными органами исполнительной власти и СМИ ФФОМС Оксана Ушакова, в бюджете Фонда зарезервированы средства на рост объема ВМП, в том числе тех ее видов, которые еще не погружены в базовую программу ОМС: «Это 96 млрд рублей, которые выделены в обособленный сегмент, а потому использовать их на другие цели будет невозможно. Из этой суммы 6 млрд получат региональные центры, освоившие сложные, уникальные технологии лечения. 90 млрд предназначены ведущим федеральным медицинским центрам. До конца текущего года эти виды ВМП финансируются из федерального бюджета». Московское отделение ФФОМС со своими приоритетами на будущий год уже определилось. И все же специалисты признают, что даже в отдаленной перспективе в систему ОМС не могут быть включены новейшие дорогостоящие методы лечения, которые являются уникальными и нерастражируемыми. **Арина Петрова**

12000 ЧАСОВ НАДИНЕ С СЕРДЦЕМ

Владимир Николаевич Ильин — советский и российский врач, один из ведущих российских детских кардиохирургов, доктор медицинских наук, профессор. Окончил Второй Московский государственный медицинский институт им. Н. И. Пирогова. Работал в Институте сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева АМН СССР, где прошел обучение в клинической ординатуре и аспирантуре. Ученик академика В. И. Бураковского. С 1990 года по сентябрь 2006 года возглавлял Отделение экстренной кардиохирургии новорожденных и детей первого года жизни НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. С января 2008 года — руководитель нового отделения кардиохирургии и интенсивной терапии ГБУЗ ДГКБ им. Н. Ф. Филатова (г. Москва). Провел более 3 тыс. операций на сердце новорожденным и детям раннего возраста, в том числе более 1,8 тыс. операций на открытом сердце (в среднем операция длится около 4 часов). Автор более 240 научных работ, 23 из которых опубликованы в зарубежной печати. Член ряда российских и зарубежных медицинских обществ: Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России, Ассоциации детских кардиологов России, Европейской ассоциации кардиоторакальных хирургов, Европейской ассоциации детских кардиохирургов, Общества торакальных хирургов (США), Всемирного общества педиатрии и хирургии врожденных пороков сердца.