БИЗНЕС И ОБЩЕСТВО МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЦЕНА ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ
ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ БЮДЖЕТНЫМИ КВОТАМИ/З
ОАЗИС ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.
КАК ТАТАРСТАН СУМЕЛ РАЗВИТЬ
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНУ/6
ПАЦИЕНТЫ НЕ МОГУТ, ВРАЧИ НЕ ХОТЯТ.
КАК ПАРТНЕРСТВО «РАВНОЕ ПРАВО НА ЖИЗНЬ»
ПОМОГАЕТ РЕВОЛЮЦИОННЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ
В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ/9
БОЛЬНЫЕ О БОЛЬНЫХ.
ФОРУМЫ ПАЦИЕНТОВ ПОМОГАЮТ
НАСТРОИТЬСЯ НА ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ/20

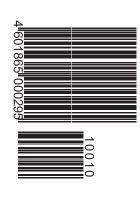


Четверг, 24 марта 2011 Тематическое приложение к газете «Коммерсантъ» №10

Коммерсантъ

SOCIAL REPORT







МЕДИЦИНА КАТАСТРОФЫ Результат лечения онкологического больного в России часто зависит не от стадии его заболевания, а от бюджета региона, в котором он живет. Чем меньше денег, тем дольше приходится ждать выделения квоты на лечение. Быстрее помощь получают пациенты, страдающие онкогематологическими патологиями: их заболевание входит в программу «Семь нозологий», и за их лечение платит федеральный бюджет, но и на них не всегда хватает денег. ольга весегова

ДВА КОЛОНОСКОПА

НА МИЛЛИОНЫ ЧЕЛОВЕК Успешность лечения ракового заболевания во многом зависит от того, насколько быстро это лечение проводится. Однако система дает сбой уже в самом начале. Если пациент проживает в регионе, где нет достаточного количества специалистов и не хватает необходимой аппаратуры, то постановки диагноза он может ждать не один месяц.

«У нас есть регионы, где на 2,5 млн человек приходится два колоноскопа. Это притом, что рак толстой кишки занимает второе место по распространенности и все, кому больше 40 лет, должны проходить колоноскопию в обязательном порядке даже без подозрения на заболевание. В Петербурге, например, человек может ждать три месяца в очереди к районному онкологу», — рассказывает председатель исполнительного комитета общественной организации «Движение против рака» Николай Дронов.

С того момента как врач подает заявку в департамент здравоохранения и до утверждения этой заявки, может пройти от трех месяцев до года. Денег на очередного больного может просто не хватить, и тогда его включают в лист ожидания. Превышение квоты, объясняет Дмитрий Борисов, фонд «Право на жизнь», возникает из-за того, что число больных планируется заранее, по прошлогодней статистике. Исходя из этой статистики выделяются и квоты на лечение. Но если квота исчерпана, больному могут просто заявить, что денег на него нет.

Источники финансирования лечения онкобольных настолько разнообразны, что предсказать, будут ли выделены деньги на лечение, невозможно. Онкогематология финансируется в рамках федеральной программы «Семь нозологий», часть больных получает деньги по программе ОНЛС, есть также средства, выделяемые напрямую леченым учреждениям, региональные бюджеты и специальные программы в регионах, по которым финансируются отдельные группы больных, например дети. Источников много, но средств все равно не хватает.

ЗКОНОМИЯ НА ОНКОЛОГИИ Пациенты, которые успели обратиться к врачу вовремя и на которых выделена квота, все равно вынуждены тратить на свое лечение немалые деньги. Финансирование не соответствует

Тематическое приложение к газете «Коммерсанть» (Social Report-Бизнес и общество/

демыя кудивацев — неперальным директор
Азер Мурсалиев — шей-редактор
Анатолий Гусев — арт-директор
Здди Опп — директор фотослужбы
Екатерина Кузнецова — директор по рекламе.
Рекламная служба:
Тел. (499) 943-9108/10/12, (495) 101-2353
Алексей Харнас — руководитель службы
«Издательский синдикат», выпускающий редактор
Наталия Дашковская — редактор
Сергей Цомык — главный художник
Виктор Куликов — фоторедактор

Демьян Кудрявцев — генеральный директор

— фольмать Бродулина — фольматор Адрес редакции: 125080, г. Москва, ул. Врубеля, д. 4. Тел. (499) 943-9724/9774/9198 Угредитель: 3АО «Коммерсанть. Издательский дом». Адрес: 127055, г. Москва, Тихвинский пер., д. 11, стр. 2.

ждрег. 127053, 1. моючва, имаянский пер., д. 11, стр. 2. Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации СМИ — ПИ № ФС77-38790 от 29.01.2010

Типография: «Сканвеб Аб». Адрес: Корьаланкату 27, Коувола, Финляндия Тираж: 75000. Цена свободная Рисунок на обложке: Мария Заикина



СУЩЕСТВУЮЩИЕ КВОТЫ НА СТОИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НЕ ДАЮТ ИМ ВОЗМОЖНОСТИ
ПОЛНОСТЬЮ ВЫЗДОРОВЕТЬ И ЛИШЬ НЕМНОГО
ОТКЛАДЫВАЮТ НЕИЗБЕЖНУЮ ГИБЕЛЬ

реальным потребностям больных. Директор Института экономики медицины Лариса Попович считает, что стоимость квоты на лечение онкогематологии в 64,8 тыс. рублей и онкологии в размере 109,8 тыс. рублей не покрывает и половины необходимых расходов. Например, один курс лечения может обойтись в 200 тыс. рублей. «Денег нужно в разы больше. Это катастрофическая ситуация, когда пациент тратит на лечение столько, что буквально остается ни с чем»,— считает госпожа Попович.

Соотношение ВВП и уровня государственного участия в расходах на лекарства в России одно из самых неблагоприятных для пациента. По данным Института экономики

ШВЕДСКАЯ Модель

НИ одна даже самая благополучная страна не оплачивает лечение своих больных в полном объеме. Швеция, где последние несколько лет на здравоохранение приходится≈9% ВВП, не исключение. Закупка медикаментов и лечебные операции оплачиваются по гибкой системе софинансирования: чем выше расходы, которые вынужден нести пациент, тем значительнее участие государства. Максимальная сумма, которую пациент может потратить на собственное лечение в течение года, составляет 1800 шведских крон (чуть более €200). Каждое обращение в аптеку лимитировано. При однократной покупке медикаментов на частное лицо ложится расход до 900 шведских крон. Когда необходимо купить лекарства на большую сумму, траты

медицины, расходы на одного пациента меньше или сходны с расходами в странах с гораздо меньшим уровнем ВВП на душу населения. В таких, например, как Коста-Рика, Куба, Латвия, Литва, Турция и Чили.

Чтобы сэкономить скудное финансирование, клиники идут на ухищрения. Например, обследование пациента проводится таким образом, чтобы не назначать ему дорогостоящую терапию. Скажем, одна из наиболее агрессивных форм рака молочной железы — HER2-положительный — должна лечиться препаратом, который блокирует рецепторы, отвечающие за выработку белка HER2. В этом случае пациентка после курса лечения может прожить 10—15 лет или уйти в ремиссию, то есть полностью излечиться. Если лечить устаревшими методами, то быстро погибнет.

«Когда рост раковых клеток после проведенного курса лечения продолжается, это может означать только од-

начинает нести государство. Половина расходов оплачивается в том случае, если на лечение потрачено от 900 до 1700 шведских крон. Сумма до 3300 шведских крон покрывается самим пациентом только на 25%, при расходах 3300—4300 шведских крон пациент платит всего 10%, а расходы свыше 4300 шведских крон целиком покрываются из госбюджета. Выживаемость онкобольных в течение пяти лет

после постановки диагноза в Швеции составляет 61%, а в России — 43%.

но: лечение было проведено неправильно»,— объясняет Дмитрий Борисов.

Чтобы не потратить слишком много, в стационаре могут пойти и на то, чтобы сократить необходимый курс лечения или давать пациенту необходимые медикаменты, но в меньшей дозировке, чем ему требуется. Рассказывает врач Гематологического научного центра РАМН: «Если пациента лечить нужными лекарствами, но давать их меньше, чем нужно, у него все равно наступит улучшение. А врач получит положительную статистику: больной в стационаре не залежался, осложнений не было. В противном случае доктора ждут карательные меры вплоть до увольнения».

Когда этот пациент поступит в ту же самую больницу в состоянии рецидива, то летальный исход не испортит статистику лечебному учреждению, поскольку умерший пациент будет внесен уже в другой список — рецидивирую-

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОБОЛЬНЫХ НАСТОЛЬКО РАЗНООБРАЗНЫ, ЧТО ПРЕДСКАЗАТЬ, БУДУТ ЛИ ВЫДЕЛЕНЫ ДЕНЬГИ НА ЛЕЧЕНИЕ, НЕВОЗМОЖНО

щих больных. Так дело обстоит во многих обычных городских больницах, объясняет врач-гематолог, который предпочел себя не называть.

Для лечения больного с любым диагнозом из области онкологии существует международный протокол, в котором подробно прописана схема и необходимые средства лечения. Проблема состоит не только в том, что на выполнение протокола нет достаточных средств, но также и в том, что врач не обязан соблюдать этот протокол.

Стандарты лечения, утвержденные Минздравсоцразвития, носят характер рекомендательных. Таким образом, врач вправе сам выбирать свои стандарты.

Потратить больше, чем требуют «облегченные» схемы лечения, не доведенное до конца обследование и дженерики вместо оригинальных препаратов, из местного бюджета иногда просто невозможно.

Нередко пациент получает соответствующий международным стандартам первый курс лечения в крупном федеральном стационаре, а затем больной должен долечиваться в регионе, где уже не могут полноценно закончить схему лечения.

Лечить своих онкобольных полноценно могут далеко не везде. Если в богатом Ханты-Мансийске, например, врачи сидят в клинике, напичканной аппаратурой, и ждут пациентов, то в каком-нибудь депрессивном регионе 50 больных по 1,5 млн рублей в год — это весь бюджет региона, объясняет Николай Дронов.

Чтобы судьба раковых больных меньше зависела от места их проживания, нужно включить все онкозаболевания в программу федерального финансирования. Семь нозологий — это слишком мало, считают в фонде «Право на жизнь».

Понятно, что из федерального бюджета невозможно будет покрыть абсолютно все расходы на лечение. Для софинансирования нужно использовать программы ДМС таким образом, чтобы основное лечение лежало на федеральном бюджете, а дополнительные опции, такие, например, как предоставление отдельной палаты или медикаментов более высокого качества,— на ДМС.

«Кто может платить за полис, должен это делать. Сегодня полисы ДМС покупает любое крупное предприятие. Надо расширять эту практику, стимулировать работодателя думать о здоровье своих работников. В этом случае можно будет не полагаться на благотворителей», — говорит господин Борисов.

Особенно остро стоит проблема с оказанием медицинской помощи больным, страдающим редкими онкологическими заболеваниями. Ряд медикаментов для орфанных (редких) заболеваний не зарегистрирован на территории России, схемы лечения требуют огромных затрат, непосильных для региональных бюджетов. Поэтому проблема медицинской помощи таким больным действительно ложится на родственников и благотворительные организации. Нередки случаи, когда таким больным вообще не выделяют квоту и они предоставлены сами себе. По данным ГУ-ВШЭ, частные расходы на приобретение лекарств в России превышают государственные в три раза. Однако не все пациенты способны купить себе лекарство самостоятельно.

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ТРАТЫ Лариса Попович считает, что проблема не только в общей нехватке средств, но и в нерациональном использовании средств. С одной стороны, денег не хватает, с другой — мы сталкиваемся с приписками, когда, например, выделяется финансирование на обследования, которые не были проведены. Дорогостоящая госпитализация, говорит господин Попович, нередко проводится не по медицинским, а по социальным показателям, буквально чтобы подкормить пенсионера, но этим должны заниматься другие службы. Нередко пациент ждет в больнице несколько дней, пока к нему подойдет врач, а это тоже немалые средства.

ДЕНЕГ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОБОЛЬНЫХ НЕ ХВАТАЕТ, А ТЕ, ЧТО ЕСТЬ, ИСПОЛЬЗУЮТСЯ НЕРАЦИОНАЛЬНО



В РАМКАХ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАКУПАЕТСЯ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО НОВОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ, НО ДЕНЕГ НА ПОКУПКУ ЛЕКАРСТВ ДЛЯ УЖЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ПО-ПРЕЖНЕМУ НЕ ХВАТАЕТ

Главная проблема в том, что в рамках одних и тех же программ финансируются разные по значению риски. «Необходимо не размазывать бюджет, а разделить все риски на обычные и катастрофические. И катастрофические риски финансировать только в рамках государственных программ».

Василий Лихачев.

Для обеспечения лечения заболеваний разных степеней риска нужно использовать разные резервы. «Кто-то может ждать и месяц, а кто-то нуждается в немедленной помощи, но никакой классификации на сегодняшний день не существует», — говорит господин Борисов.

Денег для лечения онкобольных не хватает, а те, что есть, используются нерационально. Ряд регионов испытывает проблемы со специалистами, при этом в рамках программы модернизации строятся новые больницы. Николай Дронов рассказывает, как в Оренбурге открыли детский онкологический центр, при строительстве которого

использовали некачественные материалы. Когда объект принимали, выяснилось, что здание поражено грибком, что представляет серьезную опасность для пациентов «Почему бы вместо этого не достроить детский онкоцентр на Каширке, куда все равно едут дети со всей страны?»—спрашивает господин Дронов.

Без определения приоритетов дополнительное финансирование онкологических программ не даст никакого эффекта. Пока денег не хватает на необходимые лекарства, строить новые больницы по меньшей мере нерационально.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ КТО ЗА ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ ПЛАТИТ?



ЗКС-ЗАММИНИСТРА ЮСТИЦИИ РФ, ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЙ И ПОЛНОМОЧНЫЙ ПОСОЛ

— По большей части приходится платить самому. Когда был на госслужбе, министерство оплачивало страховку, но по опыту могу сказать, что даже стоматолог лучше тот, которому ты лично заплатишь. У меня такое ощущение, что все мы находимся в каком-то экспериментальном поле. Однако любой эксперимент требует не только концепции, но и различных организационно-правовых шагов. Министерствам нужно более четко представлять себе последствия любого эксперимента. Конечно, без издержек не обойдешься, но решать их надо не за счет налогоплательщиков.

Дмитрий Островский, президент центра национальной стратегии «продвижение здоровья»:

— Сам и плачу. Но очень редко. За последние дватри года вообще не обращался ни к каким врачам. Я вообще считаю, что дешевле следить за здоровьем, заниматься профилактикой, чем тратиться на лекарства и врачей, тем более что у наших врачей низкая квалификация. Это вообще одно из самых слабых мест системы. Второе — оборудование, ведь и к нему нужны квалифицированные руки.

Михаил Турецкий, лидер арт-группы «хор турецкого», народный артист России:

— Я плачу сам за свое здоровье, потому что профессия артиста напрямую зависит и от физического со-

стояния. Но я с ужасом думаю о тех людях, которые не могут, просто не имеют возможности тратить огромные суммы на собственное лечение, на лечение своих детей. Я за страховую медицину по доступной цене. При этом цена может быть дифференцирована в зависимости от социального положения.

Александр Бабаков,

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ГОСДУМЫ:

— Заботиться о своем здоровье надо нам самим, но с помощью государства. Мы должны сами оплачивать свои медицинские страховки, а в случае серьезных заболеваний все расходы государство обязано брать на себя. Любой человек понимает: лечение насморка или неврологии нам вполне реально оплатить из собственного кармана. А вот онкологические заболевания, которые требуют затратного лечения, простые граждане оплатить не могут. Поэтому без государства не обойтись.

Борис Надеждин,

ЧЛЕН ПОЛИТСОВЕТА ПАРТИИ «ПРАВОЕ ДЕЛО»:

— За свое здоровье каждый должен платить сам. Бесплатное здравоохранение или образование только развращает человека. Понятно, что о тяжелых болезнях думать не хочется, но для этого есть страхование жизни: в случае плохого исхода твои родные получат немалую компенсацию. Надо понимать: ктото оплачивает твои бесплатные права только в рамках своей заинтересованности — работодатель медицинскую страховку для того, чтобы наемный работник ходил на работу, государство оплачивает обучение, чтобы гражданин научился читать и писать, а

потом сам выбрал свою профессию и проходил обучение. Бесплатного ничего не бывает.

Дмитрий Рогозин,

ПОСТОЯННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ РОССИИ ПРИ НАТО:

 Половину оплачиваю я, половину — государство в лице посольства. У нас практически все сотрудники полпредства сидят на такой схеме. Тем самым мы экономим бюджетные средства: не приходится оплачивать дорогостоящие операции, которые практически полностью покрывает бельгийская страховка. Я год назад потерял отца. Он болел раком. И прекрасно понимаю, насколько дорого лечение от этого заболевания. В Бельгии на этот счет построена грамотная система страхования: каждый работающий человек отчисляет процент от своего заработка на страховку. В случае заболевания все затраты по его лечению страховая компания берет на себя. Такую же схему можно применять и в России, но с условием полной легализации доходов и возрождения фармацевтической промышленности. Для того чтобы у нас была нормальная система, у страховых и пенсионных фондов должна быть стабильность. Пока этого нет, и люди вынуждены сами, своими силами справляться с болезнями.

Владимир Ресин,

ПЕРВЫЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬ МЭРА МОСКВЫ:

— Платить за здоровье каждого работающего гражданина должен работодатель, а неработающий должен получать помощь от государства. И не важно, насколько серьезное у него заболевание. По нашей жизни никто ни от чего не застрахован, поэтому менять правила игры в процессе самой игры негоже.

1

ХОЛОДНЫЙ PACYET Государство тратит на лечение онкологических больных десятки миллиардов рублей, финансирование с каждым годом увеличивается, но средств на лечение больных раком все равно недостаточно. А несовершенство системы доступа к бесплатным лекарствам ставит под угрозу жизнь пациентов. дарыя николаева

ДЕНЕГ МНОГО, НО МАЛО С 2004 года финансирование онкологической помощи в России выросло в десять раз, и тем не менее госрасходы на лечение онкологических заболеваний в России существенно ниже, чем в развитых странах. Королевской университет Швеции выяснил, что минимальная сумма госфинансирования в расчете на душу населения, которая позволяет пациенту иметь адекватный доступ к современным технологиям лечения онкозаболеваний.— €10. В странах Европы этот показатель колеблется от €9 ло €35, в России же составляет €4, «В нашей стране с учетом состояния инфраструктуры, логистики расходы должны быть не ниже €15 на человека, но у нас нет ни одного региона, который бы близко подходил к этой цифре», — говорит исполнительный директор НП «Равное право на жизнь» Дмитрий Борисов. При этом, по оценке зампреда комитета Госдумы по охране здоровья Сергея Колесникова, до 2009 года на одного онкологического больного государство тратило от 500 до 3 тыс. рублей в месяц.

Однако дело не только в недостаточном финансировании, но и в подходе к распределению средств. Сейчас больные онкологическими заболеваниями получают помощь из абсолютно разных источников. Для лечения в амбулаторных условиях существует так называемая федеральная льгота, финансирование которой в 2010 году составило 27,3 млрд рублей. Но доля онкологии в ней только 18%, то есть на лечение онкозаболеваний тратится пятая часть — 4,9 млрд рублей — от общей суммы. Есть и региональная льгота, чей объем финансирования в 2010 году был сопоставим с федеральной, — 22,6 млрд рублей. Однако и тут онкология не является приоритетной статьей. Наконец, самая масштабная программа закупки дорогостоящих лекарств — «Семь нозологий». Она не только финансируется из федерального бюджета в размере 40,5 млрд рублей (данные по итогам 2010 года), но и закупки для нее делает федеральный центр. В ближайшие годы финансирование этой программы будет расти и в 2013 году достигнет 54 млрд рублей. Впрочем, даже в этой федеральной программе далеко не все деньги, а только 40%, или 15,7 млрд рублей, идут на лечение именно онкобольных. Несмотря на то что пациенты получают по федеральной льготе такие препараты, как бортезомиб, иматиниб, ритуксимаб, флударабин, по сути, финансируется лечение только одного онкозаболевания, притом что различные виды рака, такие как рак молочной железы, требуют многоэтапного и дорогостоящего лечения.

Отдельной строкой идут госпитальные бюджеты, общее финансирование которых оценивается в 2010 году в 21,0 млрд рублей. Однако онкология составляет всего 12% в общих госпитальных закупках, то есть 2,5 млрд рублей. Существуют и локальные программы-проекты преимущественно в богатых регионах, оцениваемые в целом в 3,4 млрд рублей в 2010 году. Но такие «точечные удары» не в состоянии решить масштабные задачи, констатируют эксперты. «Необходимо выработать в этой многоуровневой финансовой системе единые приоритеты и единые технологии лечения онкологических больных — от первого приема до дальнейшего мониторинга и получения лекарства», — говорит директор исследовательской компании Седеdim Strategic Data Давид Мелик-Гусейнов. «Самое простое —

сказать, что у нас нет денег. Но просто взять и увеличить их количество не совсем правильно. Средства должны прийти на развитие инфраструктуры: нужно увеличивать мощность клиник, повышать квалификацию врачей», — говорит Дмитрий Борисов.

Успех лечения онкологических заболеваний во многом зависит от ранней диагностики — без оснашения медучреждений необходимым оборудованиям смертность от рака не снизить и больным не помочь. Справедливости ради надо сказать, что утверждение, будто государство отделывается от больных одними лекарствами, не предоставляя новых технологических решений, не совсем верно. Действительно, до недавнего времени в стране не существовало никаких онкологических инфраструктурных программ. И несмотря на то что появившаяся в 2009 году национальная противораковая программа (рассчитана до 2015 года) не имеет особого статуса нацпроекта, на чем настаивали объединения пациентов, а только является его частью, Минздрав все же начал ее финансирование и реализацию. В эту программу поэтапно включаются от 10 до 12 регионов, и они усиливают работу первичного звена, готовят диагностическую, лечебно-реабилитационную базу в существующих онкологических диспансерах, закупают оборудование. По данным, которые приводит главный специалист-онколог Минздравсоцразвития Валерий Чиссов, по этой программе каждый региональный диспансер ежегодно получает более 400 млн рублей, а окружной — более 800 млн рублей. Начиная с 2009 года по программе потрачено 12,5 млрд рублей, в 2011-м предусмотрено выделение 6,9 млрд рублей, в 2012-2013 годах — 13,9 млрд рублей.

ЗАКУПИ СЕБЕ САМ Лекарства для лечения онкологических заболеваний гражданам РФ, средняя годовая зарплата которых 252 тыс. рублей, мягко говоря, не по карману. В среднем стоимость лечения, например, рака молочной железы, лимфомы, рака кишечника оценивается минимум в 1,5—2 млн рублей в год. Несмотря на то что государство декларирует полное обеспечение всех онкологических больных, такого, увы, не происходит, констатируют эксперты. Пациента вынуждает на покупку лекарственных препаратов неповоротливость системы обеспечения лексредствами. Часть препаратов пациентам приходится покупать за свой счет, поскольку от момента установления диагноза до получения бесплатных лекарств зачастую проходит слишком много времени. «Система бюджетирования слишком гро-

моздка: чтобы получить препарат, больному зачастую нужно ждать три-четыре месяца, при онкологических заболеваниях это критично», — отмечает Дмитрий Борисов. И даже несмотря на то что, по данным аналитического агентства «Фармэксперт», расходы на приобретение противоопухолевых средств составляют около 5% лекарственных затрат, хуже всего то, что за эти деньги покупается 30% всего объема. Это значит, что люди приобретают дешевые, а не новейшие инновационнные и, значит, более эффективные препараты, отмечают эксперты. Между тем выживаемость при лечении более современными препаратами в разы выше.

Эксперты с сожалением констатируют, что никаких гарантий получения противоопухолевых лекарств у нуждающихся в таких препаратах нет. «Больше шансов у федеральных льготников — в регионах очень слабые бюджеты, зачастую там просто нет денег. Многие пациенты сталкиваются с тем, что для получения лекарств необходимо оформить инвалидность», — отмечает директор Независимого института социальных инноваций Лариса Попович. С марта 2008 года по декабрь 2010 года в «Движение против рака» поступило 158 анкет пациентов о фактах отказа им в выписке лекарств. Среди причин отказа — «нет денег», «вы не в списке», «аптекой не закуплено лекарство».

СЕМЬ ГРЕХОВ «СЕМИ НОЗОЛОГИЙ» На-

пример, закупка лекарств по программе «Семь нозологий» осуществляется дважды в год через открытый аукцион. Если больной находится в федеральном регистре больных, то каждый месяц участковый врач выписывает ему необходимые закупленные лекарства, которые тот отоваривает в уполномоченной аптеке. Ему еще повезет, если эти лекарства там окажутся — сами врачи отмечают, что ждать препаратов приходится неделями. Но если у человека только что обнаружили рак, а закупка лексредств уже осуществлена, то больной фактически оказывается в ловушке. Сначала ему надо каким-то образом попасть в список на получение льготного обеспечения, который, отметим, составляется раз в год. Потом нужно дождаться, чтобы заявка на необходимые ему лекарства сначала была сформирована местным медучреждением, потом подана в региональное управление здравоохранения, затем утверждена Минздравом. «Региональный минздрав удовлетворяет заявку всегда отчасти. Тогда пациенты встают в очередь, в так называемый лист ожидания, жлут, когда "освободится место", или пациента посылают на терапию обезболивания», — рассказывает Дмитрий Бори-

сов. Такая неповоротливость системы и остаточный принцип финансирования не только отрезают онкологическому больному путь к выздоровлению, но и заставляют врачей-онкологов выступать одновременно в роли врачей, чиновников и бухгалтеров. «Онколог смотрит на пациента и думает, сможет он выписать рецепт или нет, перерасходует он бюджетные средства или нет. Фактически врача обязали вписываться в финансирование, а это значит, что он должен когото вылечить, а кого-то — нет», — описывает типичную картину госполин Борисов.

Одна из самых очевидных проблем с обеспечением лекарствами льготников — отсутствие долгосрочного планирования потребности в лексредствах. Поскольку закупки лекарств проходят по сформированным и одобренным Минздравом заявкам, то в очень редких случаях клиники у себя на балансе имеют нужные дорогостоящие препараты. В таком случае лечение начинается сразу. Но это скорее исключение, чем правило.

По данным, которые приводит Cegedim Strategic Data, по итогам 2010 года по программе «Семь нозологий» не выбрано 10 млрд рублей — столько сэкономило государство по льготной программе «дорогостоя». Однако такая экономия направлена вовсе не на благо пациентов. Из-за проблем с госменеджментом, с логистикой, отсутствия технологичности и гибкости при реализации программы у врачей нет возможности оперативно включить пациентов в список на получение лекарств, быстро закупить необходимые препараты, скорректировать закупку лексредств в течение года, передать невостребованные лекарства из одного региона в другой, отмечают в компании. «По-хорошему аукционы на закупку дорогостоящих препаратов нужно проводить раз в месяц. Нужно увеличивать тайминг контракта с полугода до трех — это даст возможность сэкономить на стоимости лекарств за счет того, что дистрибуторы будут выполнять только логистическую функцию, а у фармкомпаний будет гарантированный безрисковый рынок сбыта», — говорит Давид

ФИНАНСОВАЯ ПОДСТРАХОВКА Эксперты

видят решение проблем финансирования в том числе во введении добровольных страховых программ. Например, в европейских странах, таких как Франция или Германия, финансирование лечения онкологических заболеваний в четыре раза выше в том числе и за счет механизмов добровольного страхования населения. Сейчас, по словам Дмитрия Борисова, полисом страхования от критических заболеваний в российских условиях является «просто денежный мешок». В крайнем случае страховая компания делает выплату в 100 тыс. рублей, для большинства населения это большие деньги, но со стоимостью лечения и расходами государства на это лечение эта сумма несопоставима, отмечает он. С вхождением на рынок онкологической медицины страховых компаний права участников процесса станут более понятными, появится внешний дополнительный контроль со стороны страховых компаний, признает большинство экспертов. Однако для введения в России такого вида страхования необходимы единые стандарты лечения онкобольных и исчерпывающая статистика результатов лечения. Сейчас этого нет.

ДО КРИЗИСА НА ОДНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ГОСУДАРСТВО ТРАТИЛО ОТ 500 ДО 3 ТЫС. РУБЛЕЙ В МЕСЯЦ



СОВРЕМЕННЫЕ ПРОТИВОРАКОВЫЕ
ПРЕПАРАТЫ ЗФФЕКТИВНЫ, НО НАСТОЛЬКО
ДОРОГИ, ЧТО НИ ОДИН ПАЦИЕНТ НЕ МОЖЕТ
ПОЗВОЛИТЬ СЕБЕ САМОСТОЯТЕЛЬНО
ОПЛАТИТЬ ВЕСЬ КУРС ЛЕЧЕНИЯ

МОДЕРНИЗАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ Московские врачи и чиновники от здравоохранения называют Республику Татарстан удивительным примером правильной организации медицинской помощи онкологическим больным. Корреспондент SR Василий Беспалов встретился с казанскими специалистами и попытался выяснить, почему медицина в Татарстане так заметно отличается от медицины в соседних регионах и крупных городах страны.

РОСТ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ По данным минздрава Татарстана и по словам первого замминистра здравоохранения Аделя Вафина, в республике наблюдается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями: онкологических больных выявляется на 30% больше, чем

десять лет назад. Но ничего катастрофического в этом показателе нет — скорее наоборот, эта цифра опосредованно говорит о повышении качества диагностирования.

Есть у роста заболеваемости и другая причина — старение населения. «В Татарстане было много молодых городов — комсомольские стройки Набережные Челны, Елабуга, Нижнекамск, нефтяная зона, — поясняет главврач Республиканского клинического онкологического диспансера (РКОД) Рустем Хасанов. — Теперь население постарело, средний возраст увеличился. Хоть и говорят: рак молодеет, но на самом деле средний возраст заболевшего около 60 лет. Это фактор темпа прироста заболеваемости».

Тем не менее абсолютный показатель заболеваемости в Татарстане ниже, чем в среднем по России: в стране он составлял более 355 случаев на 100 тыс. населения в 2009 году, а в Татарстане только в 2010 году — 346 на 100 тыс.

При этом смертность за тот же период выросла лишь на 0,5%. В 2010 году наметилась тенденция: в 50,6% случаев рак начали выявлять на ранних стадиях — первой и второй (в 2009 году было 46%). Онкологи считают это «небольшой победой» и говорят, что процент выявляемости злокачественных новообразований в начальных стадиях булет и дальше увеличиваться.

НА КЛЕТОЧНОМ УРОВНЕ Эти успехи врачи считают результатом модернизации республиканской системы онкологической помощи, проведенной в последние два года.

Первым шагом на пути модернизации отрасли стало открытие в 2010 году поликлиники № 3 онкологического диспансера в нефтяной столице республики городе Альметьевске. Строительство Альметьевской поликлиники было частично реализовано на деньги компании «Татнефть». Часть трехэтажного инфекционного корпуса центральной районной больницы, порядка 1.5 тыс. кв. м. была отремонтирована на деньги «Татнефти»

«За счет рационального распределения федеральных, республиканских средств — это более 50 млн рублей удалось оснастить поликлинику в Альметьевске, — рассказывает господин Вафин. — А нефтяниками в целом было потрачено более 80 млн рублей на капремонт этого здания». Кроме того, местная администрация выделила шесть квартир для молодых специалистов, согласившихся работать в периферийном учреждении.

Теперь больным не надо ездить на обследования в Казань. Первичная диагностика возможна на месте. Более того. специалисты из Республиканского клинического онкологического диспансера, включая профессоров, регулярно приезжают сюда и ведут прием. К приезду профессора пациен-





В ЦЕНТРЕ ЯДЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ С НЕДАВНИХ ПОР ПОЯВИЛОСЬ ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ



СОВРЕМЕННОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВОДИТЬ ДИСТАНЦИОННОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЦИФРОВЫХ МИКРОСКОПИЧЕСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЙ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК



В ЭТОМ ГОДУ НА НУЖДЫ ОНКОЛОГОВ В ТАТАРСТАНЕ ПЛАНИРУЕТСЯ ПОТРАТИТЬ ОКОЛО 900 МЛН РУБЛЕЙ

та подготовят, проведут необходимые обследования: рентгенографию, эндоскопию, анализ биопсийного материала.

Важным шагом в модернизации оказания онкологической помощи населению Республики Татарстан (РТ) стала реконструкция радиологического корпуса Республиканского клинического онкологического диспансера и приобретение современного диагностического оборудования. В рамках проекта в диспансере установлен комплекс оборудования для лучевой терапии и предлучевой подготовки пациента: компьютерные томографы, медицинская радиотерапевтическая система, гамма-терапевтический аппарат для дистанционной лучевой терапии, гамма-терапевтический аппарат для брахитерапии, система трехмерного дозиметрического планирования, информационно-управляющая система, анализатор дозного поля с комплектом дозиметрической аппаратуры, оборудование для патоморфологии и эндоскопическое оборудование. Вся эта техника установлена на клинической базе в Казани, а часть патоморфологического и эндоскопического оборудования — в новой поликлинике № 3, подразделении РКОД в Альметьевске. Оборудование работает в едином диагностическом цикле и едином информационном пространстве, что позволяет проводить дистанционное изучение цифровых микроскопических изображений опухолевых клеток

Онкологи утверждают, что достаточное количество линейных ускорителей в регионе сделает этот вид терапии более доступным. По оценкам российских экспертов, в нашей стране их значительно меньше, чем в государствах Европы. И чем требует реальная ситуация с заболеваемостью. Это высокотехнологичное дорогое оборудование. Ускоритель стоит порядка 200 млн рублей. Сегодня немногие субъекты федерации могут позволить себе такую роскошь. В Татарстане это направление национального проекта было реализовано всего за год. На эти закупки из федерального бюджета в прошлом году было выделено 437 млн рублей. А общий объем местного — республиканского и муниципального — софинансирования онкологической программы составил более 470 млн рублей. Эти средства пошли как на

реконструкцию, так и на оснащение учреждений общей лечебной сети необходимым диагностическим оборудованием для выявления онкозаболеваний.

Информатизация онкологического кластера — еще одна важнейшая составляющая национального проекта. «Человек не должен потеряться из нашей системы, — поясняет Адель Вафин. — Мы будем его вызывать и напоминать, что ему необходимо пройти уточняющую диагностику. Если у него уже выявлено злокачественное новообразование, надо, чтобы он вовремя получил лечение».

Усилиями минздрава РТ в республике на основе государственной интегрированной сети телекоммуникаций создана консультативная диагностическая сеть, что качественно улучшает на местах подтверждение злокачественных новообразований. Это порядка 600 компьютеризированных рабочих мест по всей республике, расположенных в 84 учреждениях здравоохранения, которые работают в единой информационной системе. Учреждения поделены на три уровня: центральная районная больница (ЦРБ), межмуниципальный центр, головное учреждение (диспансерный комплекс в Казани). С ЦРБ все понятно — они есть в каждом районе. Межмуниципальными центрами стали республиканские райцентры Арск, Буинск и Чистополь. Там есть компьютерные томографы, все необходимое оборудование для ультразвуковой диагностики, эндоскопии.

НЕОБХОДИМАЯ САМОДИАГНОСТИКА

В онкологической программе, говорят врачи и чиновники, есть сторона, которая является важным ее участником и от которой во многом зависит успех намеченного, — это пациент. Или, если хотите, потенциальный пациент. Рак, особенно внутренних органов, — коварное заболевание, которое не имеет ранних симптомов. А когда они появляются, например острая боль или, того хуже, кровотечение, зачастую бывает поздно. Вот почему онкологи настойчиво призывают население проходить профилактические осмотры — всем женщинам раз в год посещать смотровые кабинеты. Обычный мазок позволяет выявить заболе-

вания, которые со временем могут привести к возникновению рака, предупредить его. Это исследование входит в программу обязательного медицинского страхования и абсолютно бесплатно. Не требует денег и маммография, которая проводится в рамках отраслевой программы министерства здравоохранения РТ. Она помогает выявить на ранней стадии рак молочной железы у женщин в возрасте от 49 до 69 лет. Есть и другие эффективные методы исследования, которые людям после 40 лет необходимо проходить регулярно, например фиброгастроскопия желудка, колоноскопия. Они, правда, не входят в программу ОМС, а потому проводятся за плату. Но если люди на техосмотр автомобиля тратят тысячи рублей в год, то почему на себя жалеют? Хотя по большому счету вопрос не в отсутствии денег, а в нежелании подвергать себя зачастую неприятным процедурам, пока без явного повода. Люди сами должны о себе позаботиться, считают врачи.

По словам Рустема Хасанова, онкологическая служба в Татарстане появилась 65 лет назад, сразу после войны, и именно на базе этого учреждения. Казанская онкологическая школа известна такими специалистами, как профессора Юрий Ратнер, Мойше Сигал, Калерия Ульянова, Асия Мухамедьярова.

Сегодня в РКОД работают 15 докторов медицинских наук (из них 12 профессоров), 74 кандидата медицинских наук, 5 лауреатов премии правительства Российской Федерации, 9 лауреатов Государственной премии Республики Татарстан. Коечный фонд диспансера — 906 коек. Развернуто 23 клинических отделения. На 27 операционных столах операционного блока ежедневно проводится до 60 операций больным с опухолевой патологией. Ежегодно в стационаре диспансера специализированную медицинскую помощь получают более 24 тыс. больных. Кроме того, в диспансере есть лаборатории, оснащенные медицинским оборудованием высочайшего уровня. В его составе четыре поликлиники на 267,3 тыс. посещений в год, служба экстренной помощи онкологическим больным, 2 референс-центра — на базе иммуногистохимической лаборатории для лечебных учреждений При-

волжского федерального округа и для Республики Татарстан — для оценки рентгеномаммограмм. На базе РКОД МЗ РТ работают девять кафедр Казанской государственной медицинской академии и Казанского государственного медицинского университета, Приволжский филиал Российского онкологического научного центра им. Н. Блохина РАМН, Ассоциация онкологических учреждений ПФО. Диспансер — член Европейской ассоциации онкологических учреждений.

Успешная реализация проекта модернизации в республике в 2010 году способствовала ее включению в проект создания окружного онкологического диспансера. «Мы давно хотели. чтобы наш онкологический диспансер стал. центральным в Приволжском федеральном округе. Это позволит внедрить современные методы диагностики и лечения, которые сегодня в России имеются только в нескольких ведущих федеральных клиниках», — говорит Адель Вафин. «Мы долго к этому шли,— продолжает Рустем Хасанов. — На протяжении многих лет мы растили высококвалифицированный персонал, сегодня мы проводим школы для врачей по всей России, организуем международные и всероссийские научные конференции, осваиваем новые хирургические методики лечения, расширяем возможности диагностики. Кроме того, при строительстве Центра ядерной медицины в прошлом году, рассчитывая уже тогда попасть в программу 2011 года, мы заранее построили помещение под современное оборудование. В этом году мы получим современный циклотрон, радиохимическую лабораторию и другое уникальное оборудование»

Эти планы получили возможность стать реальностью 31 декабря 2010 года, когда Владимир Путин подписал постановление правительства РФ № 1222 «О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями». Республика должна получить из федерального бюджета 402 млн рублей, еще 500 млн на развитие онкологической отрасли будет выделено из республиканского бюджета. ■

АБСОЛЮТНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ТАТАРСТАНЕ НИЖЕ, ЧЕМ В СРЕДНЕМ ПО РОССИИ

«ГОСУДАРСТВО ДОЛЖНО ИНТЕРЕСОВАТЬ, СКОЛЬКО СТОИТ ПРОДЛЕНИЕ ЖИЗНИ» Успешное реформирование любой системы зависит прежде всего

не от количества вложенных ресурсов, а от их рационального использования. Такой позиции придерживается *Роза Ягудина*, заведующая кафедрой организации лекарственного обеспечения и фармэкономики Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова. В беседе с корреспондентом SR ведущий специалист поделилась своим видением ситуации на рынке фармакологической продукции и основных проблем, которые ради эффективности системы следует решить.



И ФАРМЭКОНОМИКИ ПЕРВОГО МОСКОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО

МЕДИЦИНСКОГО

УНИВЕРСИТЕТА

ИМ. И. М. СЕЧЕНОВА

SOCIAL REPORT: Существукарственных препаратов в современной онкологии и есть ли какие-нибудь российские фармацевтические разработки в этой области, которые вскоре могут заменить импортные поставки?

РОЗА ЯГУДИНА: Безусловно, существуют некоторые российские аналоги зарубежной фармпродукции. Но одна заведующая кафедрой из проблем заключается в ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТ- том, что новые препараты навенного обеспечения ходятся под патентной защи-_ ТОЙ, ТО ЕСТЬ ИХ МОГУТ ПРОИЗВОдить только те компании, которые имеют на это право. Поэтому мы вынуждены заку-. пать такие препараты у этих компаний. Наша фармпромышленность исторически

ориентирована на производство воспроизведенных препаратов — так называемых дженериков, то есть препаратов, на которые истек срок патентной защиты. Понятно, что это более «старые» лекарственные средства. Поэтому для нашей страны очень важно создавать и развивать исследовательские центры по разработке новых лекарств. Это очень сложная задача. Разработка и выведение в сферу медицинского применения нового лекарства занимает сейчас многие годы и стоит сотни миллионов долларов. И даже если государство найдет возможности и выделит такие ресурсы, нужны еще технологии, специалисты, разработки и пр. Это, безусловно, требует времени. Хотя отдельные работы в этом направлении, конечно же, ведутся, например в области биотехнологических препаратов.

Кстати говоря, одна из проблем касается именно биотехнологических препаратов, для которых характерен очень сложный процесс производства. В соответствии с нашими правилами регистрации лекарств у нас нет понятия «биоаналог» в нормативной базе, поэтому они автоматически относятся к дженерикам по нашей правовой базе и проходят меньший объем предрегистрационных испытаний. Но биоаналог и дженерик — это, мягко гово-

НАША ЦЕЛЬ — НЕ ПРОФИНАНСИРОВАТЬ ПРОИЗВОДСТВО ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ. А ПРОДЛИТЬ жизнь больного

ря, не совсем одно и то же (а вернее, совсем не одно и то же). Биотехнологические препараты, к которым относятся и биоаналоги, — это крупные сложноорганизованные структуры, и, например, в Евросоюзе есть специальные требования регистрации биоаналогов, которые требуют прохождения соответствующих испытаний. И если мы посмотрим на тот объем исследований, который проводится для регистрации биоаналогов в Европе, то они сопоставимы с испытаниями оригинаторов этих препаратов. Технология производства имеет колоссальное значение. И поэтому вопрос их испытания является очень важным.

В последние два-три года государство прикладывает большие усилия к тому, чтобы фармацевтическая промышленность в России восстанавливалась и развивалась. И мы надеемся, что те препараты, которые нужны больным, будут производиться на территории нашей страны. Только патриотизм здесь должен быть сдержанным. В российской фармотрасли заняты 200 тыс. работников, а население в России — более 140 млн. поэтому. конечно, в первую очередь нужно учитывать интересы населения, а не лекарственного бизнеса. Обобщая, можно сказать: да, в отношении части импортных препаратов есть отечественные аналоги, в отношении части препаратов — нет, испытания и исследования ведутся, и мы надеемся, что наступит время, когда в России будут и разрабатываться, и производиться хорошие препараты, которые будут регистрироваться не только в России, но и за рубежом.

SR: Если сравнивать стоимость лечения онкологических больных в Европе, США и России, как она различается?

Р. Я.: Чтобы ответить на вопрос, сначала нужно разлелить такие понятия, как «реальная стоимость лечения» и «стоимость, заложенная стандартом», то есть нормативно установленная (хотя следует пояснить, что действовавшие до недавнего времени в нашей стране стандарты носили рекомендательный характер). Мы проводили такие исследования и сравнивали стоимость того стандарта, который официально заложен, например, для больных раком молочной железы в России, и аналогичное руководство по лечению больных в Америке, и, что удивительно, оказалось, наш стандарт дороже: в него заложено больше процедур и препаратов. Но дефакто объем удовлетворения потребности, например, в дорогостоящих препаратах, обозначенных в стандарте, гораздо ниже. У нас стоимость лечения может быть дешевле за счет того, что у российских врачей более низкая зарплата, хотя лекарства стоят практически так же.

Гораздо важнее, на мой взгляд, уделять внимание не стоимости лекарственных средств, а цене результата лечения. По сути, наша цель — не профинансировать производство онкологических препаратов, а продлить жизнь больного. Моя профессиональная деятельность — фармакоэкономика, которая как раз и оценивает стоимость результата. Мы всегда говорим, что фармакоэкономика — это не фармакобухгалтерия. Один препарат может стоить условно 1 тыс. рублей, а другой — 10 тыс. рублей. Но тот, что стоит дешевле, нужно применять дольше, больной должен больше времени находиться в стационаре — это тоже дополнительные расходы. Большое значение имеют побочные эффекты, возникающие на фоне той или иной терапии. Это все должно учитываться. Или другая ситуация — имеются два оригинальных дорогостоящих препарата, какой из них выбрать? Конечно же, решает врач, но государство должно интересовать, насколько эффективно используются выделяемые им ресурсы.

SR: Сколько в среднем зарабатывает в месяц практикующий онколог в России, Европе и, скажем, Израиле?

Р. Я.: У меня нет точных данных, так как это не моя сфера деятельности, но могу сказать, что, конечно же, различие

Здесь, наверное, следует говорить в целом о расходах на систему здравоохранения. В России финансирование здравоохранения составляет 3,7% от ВВП. По мнению международных экспертных организаций, минимальный уровень, который нужен для эффективного обеспечения здравоохранения. — 5-6% от ВВП. Кстати говоря, мы провели собственные исследования, и оказалось, что Россия ежегодно теряет из-за проблем, связанных с алкоголизмом, около 2% ВВП.

SR: Каков был рост отрасли за последние десять лет?

Р. Я.: Фармрынок за последние десять лет вырос в разы. Если в середине 1990-х среднегодовое потребление лекарств в России было около \$30 на человека, то сегодня эта сумма колеблется в районе \$100, в Москве же этот уровень приближается к \$200. Это уже средний результат по Восточной Европе. А уровень потребления лекарств очень серьезно влияет на продолжительность жизни.

SR: Многие специалисты-медики, получив в России образование, уезжают работать в другие страны. При этом иностранные специалисты практически не приезжают работать в Россию. Медицина осталась едва ли не единственной высокобюджетной отраслью, в которой практически нет экспатов. Они не нужны, или им мало платят, или нет условий для достойной работы?

Р. Я.: Вообще, я не вижу с этой стороны проблемы, потому что у нас неплохой врачебный персонал в плане подготовки. Но вы знаете, есть большие проблемы в признании российских врачебных дипломов за рубежом. Там другие стандарты подготовки, даже другие названия препаратов. Я не считаю проблему экспатов для нашего здравоохранения критической. Нам нужно больше вкладывать в образование врачей и их финансовое обеспечение. У нас не стоит остро проблема врачебных кадров. Будет гораздо эффективнее организовывать участие наших специалистов в международных конференциях, стажировках и т. д., а не приглашать в страну зарубежных медицинских специалистов, особенно учитывая их ожидания в отношении оплаты труда.

SR: Как обстоят дела с получением льготных лекарств для больных? Улучшилась ли ситуация?

Р. Я.: Ситуация улучшилась по сравнению с 1990-ми годами, но до успешности ей пока далеко. Выражаясь образно, можно ездить на «Жигулях», а можно — на «Мерседесе». Какая машина будет быстрее ездить? Конечно же,

«Мерседес». Но ездить на нем будет возможно лишь в том случае, если для этого достаточно денег. В рамках того бюджета, который у нас есть на сегодня, ситуация средняя, получается некий промежуточный вариант между «Жигулями» и «Мерседесом».

Есть три уровня финансирования: государственный, региональный и частный. Чем больше есть возможностей у государства, тем меньше население платит из своего кармана. Если посмотреть на структуру фармрынка, вы увидите, что рынок коммерческого лечения занимает порядка 60%. Но в это входят безрецептурные препараты: витамины, пищевые добавки и т. д. Если брать жизнеугрожающие заболевания, государство финансирует именно такие программы, в них доля частных платежей очень маленькая. Тяжелобольным нужно много денег на лечение, а легкобольные предпочитают выйти из программы, монетизировав свои льготы в денежном эквиваленте, и из-за этого программы не достигают той эффективности, которой могли бы достигнуть.

В онкологии настолько дорогое лечение, что пациент не должен нести все расходы полностью. Он и так находится в критической ситуации.

SR: Что бы вы изменили в системе здравоохранения?

Р. Я.: Я не берусь говорить обо всей системе здравоохранения, так как профессионально занимаюсь научными исследованиями в области именно лекарственного

В этой области приоритетным является, с одной стороны, увеличение финансирования расходов непосредственно на лекарственные средства, а с другой — более рациональное использование имеющихся ресурсов. При определении приоритетов финансирования необходимо использовать данные, которые бы показывали, насколько использование тех или иных медицинских технологий (включая лекарственные средства) влияет на результат лечения, а в конечном счете — на продолжительность и качество жизни населения. Государство должно интересовать, сколько стоит продление жизни. Сколько стоит обеспечить год качественной жизни. Это особенно актуально именно в онкологии, где зачастую счет идет не только на годы, но и на месяцы.

В ряде стран такие исследования финансирует государство. У нас тоже есть такие работы, но они пока еще мало востребованы. ■

Интервью записал ВЯЧЕСЛАВ ГАВРИЛОВ

«ПАЦИЕНТЫ НЕ ЗНАЮТ ПРО СВОИ ПРАВА, ПРО ОТКРЫВШИЕСЯ ПЕРЕД НИМИ ВОЗМОЖНОСТИ»

Онкология — одна из самых высокозатратных отраслей медицины. Госфинансирование закупок противораковых лекарств и оборудования увеличивается с каждым годом. *Дмитрий Борисов*, исполнительный директор некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь», рассказал SR, как должен осуществляться общественный контроль за модернизацией здравоохранения в части лечения онкозаболеваний.



ДМИТРИЙ БОРИСОВ исполнительный ДИРЕКТОР НЕКОММЕР

ЧЕСКОГО ПАРТНЕРСТВА «РАВНОЕ ПРАВО

тике все выглядит несколько иначе: новые технологии,

тивные технологии лечения рака, связанные с новыми препаратами, позволившими заметно снизить смертность от онкозаболеваний в США и Западной Европе. Эти лекарства, обеспечивающие точечное воздействие на опухоль. требуют определенного опыта, знаний и возможности осуществления специальной диагностики для определения необходимости их назначения. Фактически в один день они становятся доступны тысячам пациентов в нашей стране. Но врачи не знают про эти лекарства, они не умеют ими пользоваться. Пациенты не знают про свои права, про открывшиеся перед ними возможности. Именно поэтому в 2005 году возникла необходимость создания для носителей этих знаний, экспертов, инфраструктуры для ликвидации информационных барьеров в этой области. В итоге некоммерческое партнерство было создано по инициативе руководителей научных центров, видных онкологов, понимающих, что им нужна площадка для осуществления коммуникаций с остальными врачами, с властью и для

Надо понимать, что если научные эксперты в центральных институтах относительно независимы, то врач на месте должен балансировать между назначением действительно необходимого лечения и имеющимися у него квотами. Тем не менее он остается врачом, осознающим свой долг, и каким-то образом он должен донести свои проблемы до коллег-врачей, до администрации клиники и региона, где он работает.

SR: На чьи деньги вы реализуете свои проекты?

информирования пациентов.

SOCIAL REPORT: По логике **Д. Б.:** У нас несколько источников финансирования: нас существования общества о здоровье граждан должны заботиться Минздрав, страховые компании, сами пациенты в конце концов. Зачем нужна ваша организация, что она де-

ДМИТРИЙ БОРИСОВ: Если изобразить процесс оказания медицинской помощи схематически, видно, что существуют врачи со своими знаниями, практикой лечения и пациенты, которые нуждаются в этой практике и знаниях. . Над ними по идее должен . стоять Минздрав и регулировать их отношения. На прак-

могать ему организовывать лечение лекарства, научные разработки не доходят до всех вра-Для иллюстрации ценности подобных акций приведу чей, и, как следствие, они не доступны пациентам. Понятодин пример. В Казани и Краснодаре в прошлом году прошно, что любая доступность неизбежно связана с деньгали мероприятия по выявлению опухолей толстого кишечними. Если вспомнить, какая ситуация с финансированием ка. Мы планировали обследовать 1 тыс. человек в каждом лечения онкологических больных была в 2004 году, и регионе — так вот эта 1 тыс. записалась за четыре дня. И сравнить с нынешней, видно, что финансирование за этот хотя мы остановили информационную кампанию, только в период выросло в 12 раз. Резкий, практически десяти-Казани на обследование пришли 1,8 тыс. человек. Конечно, кратный рост объема бюджетных денежных поступлений мы договорились с партнерами о том, что все пришедшие произошел в 2005 году. И этот рост вызвал проблемы, получат обещанные услуги. Так вот из числа пришедших бысвязанные с эффективным использованием средств. Как ло выявлено 11 больных с онкологическими заболеваниями, определить отдачу от десятикратного роста финансироно что еще важнее — 300 человек с предраковыми заболевания — каждый врач должен принять в десять раз больваниями. Получив своевременное лечение, эти 300 человек ше больных, чем раньше, или его пациенты должны жить уже не погибнут от рака толстого кишечника и не попадут к в десять раз дольше? онкологу в ближайшее время. А за судьбой пациентов с вы-В 2005 году уже существовали современные эффекявленной в этих акциях онкологической патологией мы активно следим вместе с их врачами, для нескольких сложных случаев нами были организованы специальные консилиумы

> **SR:** Чем «Равное право» отличается от других фондов? Д. Б.: На момент создания нашего некоммерческого партнерства уже существовало несколько благотворительных фондов, успешно работающих и по сей день. И, создавая «Равное право на жизнь», мы решили отказаться от концепции адресной помощи больным. Это, безусловно, нужная и важная работа, но мы видим свою задачу в другом. Средства, которые мы привлекаем, тратятся на создание системных решений, за счет которых большое количество пациентов будут лечиться по-новому. Имея в руках новые технологии, врач может помочь большему числу больных. И это прекрасно понимают региональные власти.

с участием специалистов федеральных центров.

поддерживают ведущие российские и зарубежные компа-

нии, а также мы активно разрабатываем социально значи-

мые проекты для получения государственных грантов. На-

пример, некоторое время назад мы выиграли грант адми-

нистрации президента России и на эти деньги разработа-

ли программу информирования молодежной аудитории

«Онкодозор». После проведения мероприятий в вузах мы

слышали много благодарных слов от онкологов, посколь-

ку студенты, прослушав наши выступления, просто брали

за руку родственников и вели их в онкодиспансер на про-

Эта программа хорошо себя зарекомендовала, и сей-

час она переросла в более масштабную: мы организуем в

регионах бесплатные профилактические осмотры, инфор-

мируем о них население, поскольку многие просто не зна-

ют, где его можно пройти. Важно понимать, что такая кам-

пания не должна заканчиваться только диагностикой. Вот

выявили мы больного раком, и его надо вести дальше, по-

филактический осмотр.

SR: Лечить «по-другому» — это как?

Д. Б.: Есть большое количество онкологических заболеваний, и удельный вес каждого из них в смертности населения разный. Современные технологии, понятно, с разной эффективностью позволяют лечить разные виды рака. Скажем, рак молочной железы в принципе сегодня поддается стопроцентному излечению. А вот, скажем, рак легкого с такой эффективностью пока не лечится. Вопрос в том, как должны тратиться средства — можно потратить миллион на лечение 5 человек, и они проживут пять и более лет, или потратить эти же деньги на терапию 20 человек, понимая, что проживут они полгода. Что считать более эффективным использованием средств? Мы живем в реальном мире, и люди, к сожалению, умирают от рака, и денег для полноценного лечения абсолютно для всех не хватит. Поэтому надо делать выбор. И наша задача — помочь экспертам разработать стандарты лечения, параметры принятия решения при назначении той или иной терапии. Это очень сложный процесс, и вместе с медиками здесь обязательно должны участвовать экономисты, юристы, специалисты в области фармакоэкономики. То есть практикующий онколог не должен сам считать, сколько денег он может потратить на того или иного больного — он должен исходить из стандартов лечения, которые и созданы для того, чтобы сочетать эффективное расходование средств и качественное лечение. При этом надо понимать, что мы не хотим противопоставлять свою деятельность работе Минздрава — мы общественная организация, мы стараемся работать вместе с министерством, помогать ему, являться катализатором тех положительных процессов, которые происходят в здравоохранении, и участвовать в разработке эффективных решений для существующих проблем.

SR: А как чиновники от здравоохранения относятся к вашей деятельности?

Д. Б.: Они хорошо к нашей работе относятся. Надо понимать, что подобное сотрудничество не российское ноу-хау. Во всем мире есть подобные гражданские институты, которые сотрудничают с властью, помогают ей, и власть к ним прислушивается.

Если посмотреть нашу законодательную базу, то видно, что законы-то очень хорошие. Только они не работают. У нас есть 890-е постановление правительства Российской Федерации, в котором написано, что регионы отвечают своим бюджетом в том числе и за финансирование медицинских программ. Но регионы ждут, пока федеральное правительство даст им денег. В тех регионах, где есть понимание проблем медицинского сообщества чиновниками, есть определенные результаты. Там понимают, что инвестировать надо в больных, которые имеют шанс на выздоровление. Но, к сожалению, в среде чиновников все еще устойчиво мнение, что если человеку поставили диагноз «рак», то завтра он обязательно умрет.

Есть некая сумма денег, которая тратится на лекарства против рака в нашей стране. Из них около 45% тратится на закупку лекарств для одного вида онкологических заболеваний, входящего в программу «Семь нозологий» — семь редких заболеваний, требующих затратной терапии, фактически закупку четырех лекарственных препаратов (подробнее о расходах на эту программу — на стр. 12-13). Если же взять структуру распределения онкологических заболеваний, то видно, что упомянутые выше 45% средств тратятся на лечение 5% из 2.5 млн онкологических больных. Но технология выделения и планирования денег на эти семь нозологий совершенно верная: всех больных посчитали по головам, определили стоимость лечения, выделили финансирование, если бы еще учитывали вновь появляющихся пациентов и проводили пересмотр заявок каждый месяц, то система была бы идеальной. Стоит терапия в рамках программы около 2,5 млн рублей в год, длится пожизненно. Столько же стоит и лечение рака молочной железы, при котором можно добиться полного выздоровления пациента, но больных там в десятки раз больше, а лечиться они должны в рамках гораздо меньшего бюджета. Еще один парадокс нашей системы здравоохранения в том, что для получения адекватного лечения надо стать инвалидом: пока пациент не оформит инвалидность, дорогостоящие препараты будут ему недоступны. Это очень серьезная проблема: часто пациенты не хотят оформлять инвалидность. не понимая, зачем им это нужно, но бывают случаи, когда людям отказывают в получении инвалидности, для того чтобы не перерасходовать бюджет.

SR: Программа модернизации здравоохранения поможет решить эти проблемы?

Д. Б.: В целом программа модернизации здравоохранения очень хорошая. В ней понятно указаны критерии оценки эффективности. Скажем, в части онкологии говорится, что по итогам ее внедрения должно произойти снижение смертности от онкологических заболеваний у работающего населения, снижение годичной летальности с момента постановки диагноза и повышение пятилетней выживаемости. Но как добиться такого результата? Возьмем годичную летальность. В течение года с момента постановки диагноза больной чаще всего погибает, если диагноз был поставлен уже на поздней стадии развития болезни. Снизить летальность можно, если обеспечить необходимое лечение. Например, для рака молочной железы этот показатель может быть снижен почти в два раза, но это потребует времени для внедрения необходимой диагностической инфраструктуры и средств на лечение, которое должно назначаться с учетом персональных особенностей заболевания. Мы знаем больных, которым врачи давали не более трех месяцев, но они живы уже более пяти лет, а некоторые из них даже не принимают препараты, только ходят на профилактические осмотры. Это результат правильной, хотя и дорогой терапии. Так вот ее нужно обязательно включать в программу модернизации, если мы хотим действительно повлиять на эти показатели

SR: Вы говорите о росте финансирования лечения онкологических заболеваний. Но ведь и средняя стоимость лечения тоже выросла...

Д. Б.: Средняя стоимость лечения, конечно, выросла, поскольку появились более эффективные современные и, соответственно, дорогие препараты. Просто больных стали лечить настоящими препаратами за настоящие деньги. Это как в СССР говорили, что «у нас СПИДа нет», пока не привезли системы диагностики и не выяснилось, что у нас уже почти эпидемия. Да, растет средняя стоимость упаковки препарата, но ничего страшного в этом нет, поскольку, становясь дороже, лекарство становится и более действенным. Конечно, вопрос цены на онкологические лекарства должен контролироваться государством.

Деньги в бюджете есть, вопрос в том, на что они будут тратиться. Мы смотрели бюджеты нескольких региональных программ модернизации здравоохранения — там закупки оборудования, строительство и т. п. А вот лечебные мероприятия и лекарственное обеспечение не прописаны вообще или прописаны весьма странно — ясно, что больных никто толком не считал, не анализировал потребности в том или ином препарате. Скажем, на территории с населением 3 млн человек и несколькими десятками тысяч онкологических больных планируется потратить 0,5 млрд рублей на лечение 1 тыс. человек с очень редким видом рака легкого. Конечно, нельзя говорить, что этих пациентов не надо лечить, только очень странно, что, кроме данной патологии, не предусмотрено финансирование на другие вилы онкологических заболеваний. Избежать таких ситуаций можно только за счет общественного контроля за реализацией подобных программ.

Записал АЛЕКСЕЙ ХАРНАС

ПОЛИС АБСОЛНОТНОЙ ДОСТУПНОСТИ Каждые пять минут в России регистрируют четыре новых случая заболевания раком. В самом благоприятном случае лечение обходится от 390 тыс. до 2,5 млн рублей. По законодательству лечение полностью должно оплачивать государство. На практике онкологическим больным приходится месяцами ждать своей очереди в медицинские центры. Решить финансовые проблемы на сегодняшний момент можно с помощью страхования на случай онкологического заболевания. По специальной страховой программе пациентам смогут оказать психологическую, врачебную, юридическую и финансовую помощь в борьбе с болезнью.

НЕ ЗАПЛАТИШЬ — **НЕ ПОЛЕЧИШЬ**

Онкологи готовятся к тому, что в следующем году наступят серьезные проблемы с финансированием препаратов химиотерапии — одной из самых главных и распространенных методик лечения рака. Чиновники вынесли химиотерапию за рамки высокотехнологичных средств, а вместе с тем изменился и источники ее финансирования. Теперь квот на химиотерапию не будет и лечить больных этими препаратами станет возможно только по месту их прописки.

«Теперь средства на эти препараты будут поступать из местных фондов ОМС. Скорее всего, начнутся перебои, потому что химиотерапия очень дорогая. Фонд ОМС и раньше не мог покрыть все затраты на лечение, — рассказывает "Ъ" заведующий онкологическим отделением клиники факультетской хирургии Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова Олег Мельников. — Видимо, начнут продавать свои квартиры, чтобы вылечиться. А что еще остается, если в местных фондах сложности со средствами?

Всего в 15% случаев рак выявляется на ранних стадиях. и только там возможно ограничиться только хирургическим вмешательством. Всем остальным нужна будет химиотерапия.

Цена спасительного курса химиотерапии в месяц доходит до 200 тыс. рублей. Сейчас по полису ОМС, то есть бесплатно, можно без особых трудностей пройти обследование и, если диагноз онкозаболевания будет установлен, лечь на операцию.

Пациентка Елена Кузнецова из Московской области уже сейчас столкнулась с этой проблемой: чтобы закончить весь курс химиотерапии, поставила две комнаты на продажу. У нее обнаружили рак сигмовидной кишки и нашли метастазы в печени. Врач после операции назначил ей шесть-восемь курсов химиотерапии, прописав оксалаплатин и кселод. Но местный онколог лишь смог поставить на учет, заявив, что средства закончились и придется ждать своей очереди. Рецепт на бесплатные лекарства не стал выписывать, потому как в аптеке их все равно нет. И в аптеку их не завозят, потому что средства в фонде за-

«Мне сказали, что я смогу получить лекарства только в следующем месяце. Но гарантий никто дать не может, потому что уже два месяца ситуация не меняется. А любые промедления стоят нескольких месяцев моей жизни. Когда приходит беда, не понятно, где брать деньги и к кому обращаться. Остаешься выброшенным бороться с болезнью самостоятельно», — говорит госпожа Кузнецова.

СТРАХОВЫЕ КОМПАНИИ ОТКАЗЫВА-ЛИСЬ СТРАХОВАТЬ РОССИЯН ОТ ВОЗ-МОЖНОСТИ ПОЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕ-СТВЕННОЙ ОПУХОЛИ НЕ ТОЛЬКО ИЗ-ЗА РАСТУЩЕГО ЧИСЛА БОЛЬНЫХ И РИСКА ОБАНКРОТИТЬСЯ. НО И **ИЗ-ЗА ОТСУТСТВИЯ НОРМАТИВНОЙ** БАЗЫ. КОТОРАЯ ПОЗВОЛЯЛА БЫ ФИНАНСИРОВАТЬ ЛЕЧЕНИЕ



ВРАЧИ НАДЕЮТСЯ, ЧТО СТРАХОВАНИЕ СИЛЬНО ИЗМЕНИТ СИТУАЦИЮ С ЛЕКАРСТВАМИ И ДЛИННЫМИ ОЧЕРЕДЯМИ НА КВОТЫ

По данным общественной организации «Движение против рака», за два последних года около 200 больным было отказано в выдаче препаратов. Драгоценное время больные теряют еще и на установление инвалидности. Ведь на бесплатное лечение могут рассчитывать только со статусом льготника. А инвалидом ежегодно признается каждый третий из вновь регистрируемых онкологических больных. Остальные вынуждены лечиться самостоятельно или бороться еще и с чиновниками. Не признают всех лишь потому, что не хватает средств на лечение. Сейчас на учете с онкологическим диагнозом состоит около 2.5 млн человек.

Лечение каждого бюджету обходится в несколько тысяч долларов в месяц. Как показывает практика, государство не способно самостоятельно справиться.

«Врачам приходится быть бухгалтерами, рассчитывать, какой курс назначить, чтобы вылечить как можно больше больных. Дорогостоящие высокотехнологичные лекарства заменяют дешевыми, но менее эффективными аналогами. Иногда предлагают калечащие операции вместо лекарственной терапии. Лишь для того, чтобы помочь с тем объемом средств, что поступает в региональные медицинские центры», — поясняет исполнительный директор партнерства «Равное право на жизнь» Дмитрий Борисов.

В развитых странах проблему с финансированием решили страховые компании. Впервые страховать от раковых опухолей начали в Соединенных Штатах. Смертность

от онкологии била рекорды, опережая даже сердечнососудистые заболевания, поэтому этот вид страховки стал самым популярным в Америке. Сейчас от возможности заболеть раком застраховались более 11 тыс. американцев. В России страховые полисы дополнительного страхования покрывали многие заболевания, но всегда исключением оставался рак

«Выплаты по ДМС могли еще поступать до тех пор, пока врачи не ставили диагноз "онкология". В принципе затраты на диагностику некоторые полисы покрывали, но все сразу же заканчивалось, как выносился вердикт»,рассказывает SR генеральный директор Центра персонализированной медицины Андрей Домбровский.

Страховые компании отказывались страховать россиян от возможности появления злокачественной опухоли

не только из-за растущего числа больных и риска обанкротиться, но и из-за отсутствия нормативной базы, которая позволяла бы финансировать лечение в государственных клиниках. Придумывая новую страховую программу, специалисты из «Равного права на жизнь» постарались обойти все преграды и максимально быть при этом полезными в случае болезни.

ПСИХОЛОГ, ЮРИСТ И ВРАЧ

по одному полису в российской программе несколько вариантов страховок. Все зависит от сумм, которые клиент готов выплачивать ежемесячно. Самый дешевый полис стоит примерно 10 тыс. рублей в месяц, договор рассчитан на 25 лет, а страховое покрытие по нему составляет 600 тыс. рублей. Выплаты могут составлять и 1,5 млн рублей при взносах более 28 тыс. в месяц на протяжении 15 лет. Предполагается, что эти деньги можно забрать, а можно часть из них потратить на лекарства, чтобы не потерять время, если государственное финансирование лечения будет задерживаться, а остальную часть — на психологическую, юридическую и консультационную помошь.

«Когда человеку ставят страшный диагноз, он сталкивается с целым рядом вопросом и проблем. Он, потерянный, начинает метаться сначала по врачам. У него нет четкого алгоритма и доступной информации о том, что предстоит делать, на чем основываться, какие принимать решения. Потом пытается определить, правильные ли лекарства ему выписали. Потом начинает бегать по чиновникам, пытаясь выбить лекарства по бесплатной программе, и в итоге старается найти деньги на дорогущие медикаменты, которых нет в аптеке из-за недостатков финансирования. Все это время он испытывает глубочайший стресс и страх смерти», — поясняет Андрей Домбровский.

Поэтому после постановки диагноза застрахованному по программе предоставляют врача, с которым на протяжении всего курса лечения можно будет консультироваться и принимать его советы.

«Чтобы залатать дыры, врачи часто выписывают устаревшие малоэффективные лекарства, и консультант может на это указать и посоветовать более эффективный курс»,— рассказывает Дмитрий Борисов.

Почти во всех специализированных ставках на случай онкологических заболеваний в других странах можно не только советоваться с другим врачом, но и поменять его на другого. В России законодательство позволяет это сделать и без страховки, но на практике это нереализуемо. Если отказаться от предоставленной по квоте больницы и врача, то есть вероятность совсем лишиться лечения. В Канаде возможность обращаться к нескольким врачам ввел в своей страховой компании Грегори Вайт Смит, которому поставили диагноз «неоперируемый рак головного мозга». Господин Смит не был удовлетворен прогнозом и придумал услугу для своих клиентов — право «другого мнения», чем успешно воспользовался сам.

В Америке существует специальный страховой план, позволяющий менять не только врача, но и клинику. Страховая компания сама подсчитывает расходы, связанные со сменой лечения и клиники, и предоставляет измененный план выплат.

В российских реалиях кроме дополнительного врача нужен специализированный юрист, который бы защищал права больного. У больного часто не остается ни сил, ни времени бороться за свои права. Но альтернативой этому часто служит только покупка дорогих лекарств за свой счет.

«Когда опытный человек начинает в региональном министерстве здравоохранения писать запросы, почему в аптеке нет необходимых лекарств, или отправлять за-



ВПЕРВЫЕ СТРАХОВАТЬ СЛУЧАИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКОВЫХ ОПУХОЛЕЙ НАЧАЛИ В СОЕДИНЕННЫХ ШТАТАХ. СЕЙЧАС «ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОЛИСЫ» ЕСТЬ У 11 ТЫС. АМЕРИКАНЦЕВ

явление в Росминздравнадзор, жалуясь на длинную очередь по квотам, то средства сразу же появляются. Из аптеки начинают звонить, чтобы приехали за лекарствами, которые больные несколько месяцев не видели. Пациентам нередко приходится оббивать пороги кабинетов чиновников, чтобы им оказали помощь. Но на это уходит драгоценное время и силы, — заявляет Андрей Домбровский. — Такой деятельностью должен заниматься профессиональный человек. Тогда можно лечиться и по государственной программе».

Страховка вмещает в себя и возможность лечения в частных клиниках. Страховые компании перечисляют им суммы, и компании-ассистенты берутся за полный или частичный комплекс процедур.

«Компании-ассистенты, в которых в случае наступления страхового случая должен лечиться пациент, будут частными», — рассказывает генеральный директор «МСК-Лайф» Александр Федонкин.



Сотрудничать с государственными онкологическими клиниками и предоставлять дополнительные средства на лечение достаточно проблемно. В России нет законодательной базы для того, чтобы врачи могли официально брать деньги за лечение. Ведь борьба с раком идет в рамках бесплатных государственных программ. Но на практике пациентам приходится обходными путями приносить деньги в конвертах.

«Это все незаконно, и любая проверка выпишет больнице штраф или предписание, — рассказывает главный врач Санкт-Петербургского ГУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», доктор медицинских наук, профессор Георгий Манихас. — Но что остается, если можно ввести более эффективный препарат, а средств ОМС на него нет? Мы предлагаем пациентам выбирать. Некоторые хотят препараты подороже. Но вводить их мы тоже не имеем права. Отправляем делать эти процедуры в частные клиники».

Страховые компании попытались решить эту правовую коллизию.

«Все платежи будут фиксироваться в плане индивидуального лечения и согласовываться с региональными, а при необходимости и федеральными органами управления здравоохранения. В случаях, когда персональный фонд лечения израсходован, а региональная система здравоохранения не обеспечивает надлежащего финансирования из средств ОМС или прочих источников, пациенту будет оказана правовая помощь для исполнения его прав на получение необходимой медицинской помощи»,— заявила директор по продажам СК «Allianz POC-HO Жизнь» Зинаида Мякина.

ПРОСЧИТАТЬ РИСК При заключении контракта со страховой компанией на минимальную сумму страховки, не требуется проходить обследование. Зато на бо-

лее серьезные суммы выплат придется сдать анализы и пройти осмотр у онколога.

При просчитывании рисков страховые компании не просчитывают возможность генетической предрасположенности к болезни. Хотя даже в Америке в позапрошлом году запретили страховщикам опираться на генетическую информацию при оформлении полиса, посчитав ее одним из пунктов дискриминации. У американцев перед составлением договора тщательно проверяют медицинские карты. Российские же компании при расчете рисков полагаются лишь на две цифры — численность населения и количество регистрируемых случаев онкологических заболеваний. Специалисты понимают, что подход достаточно упрощен, поэтому перестраховали свои риски в зарубежных страховых компаниях.

«Для точного расчета нужен государственный регистр, куда вносились бы персональные данные больных, статистика по разным группам населения и сведения о лечении. Тогда можно будет говорить не просто о расчетах по суммам, связанным с консультированием, но уже и с лечением, — рассказывает Дмитрий Борисов. — Можно будет привлекать больше страховых компаний. Но все они тоже ведь должны быть крупными, чтобы они могли существовать и спустя 25 лет».

Врачи надеются, что страхование сильно изменит ситуацию с лекарствами и длинными очередями на квоты. Но больше всего верят, что новые полисы позволят диагностировать рак на ранних стадиях заболевания.

«Когда люди платят за свое здоровье, значит, и относятся к этому серьезнее, врачей посещать начинают. При крупных суммах периодически нужна консультация у онколога в течение всего периода выплат,— говорит Олег Мельников.— А раннее выявление заболевания обеспечивает 90-процентное выздоровление».

ЦЕНА СПАСИТЕЛЬНОГО КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ В МЕСЯЦ ДОХОДИТ ДО 200 ТЫС, РУБЛЕЙ

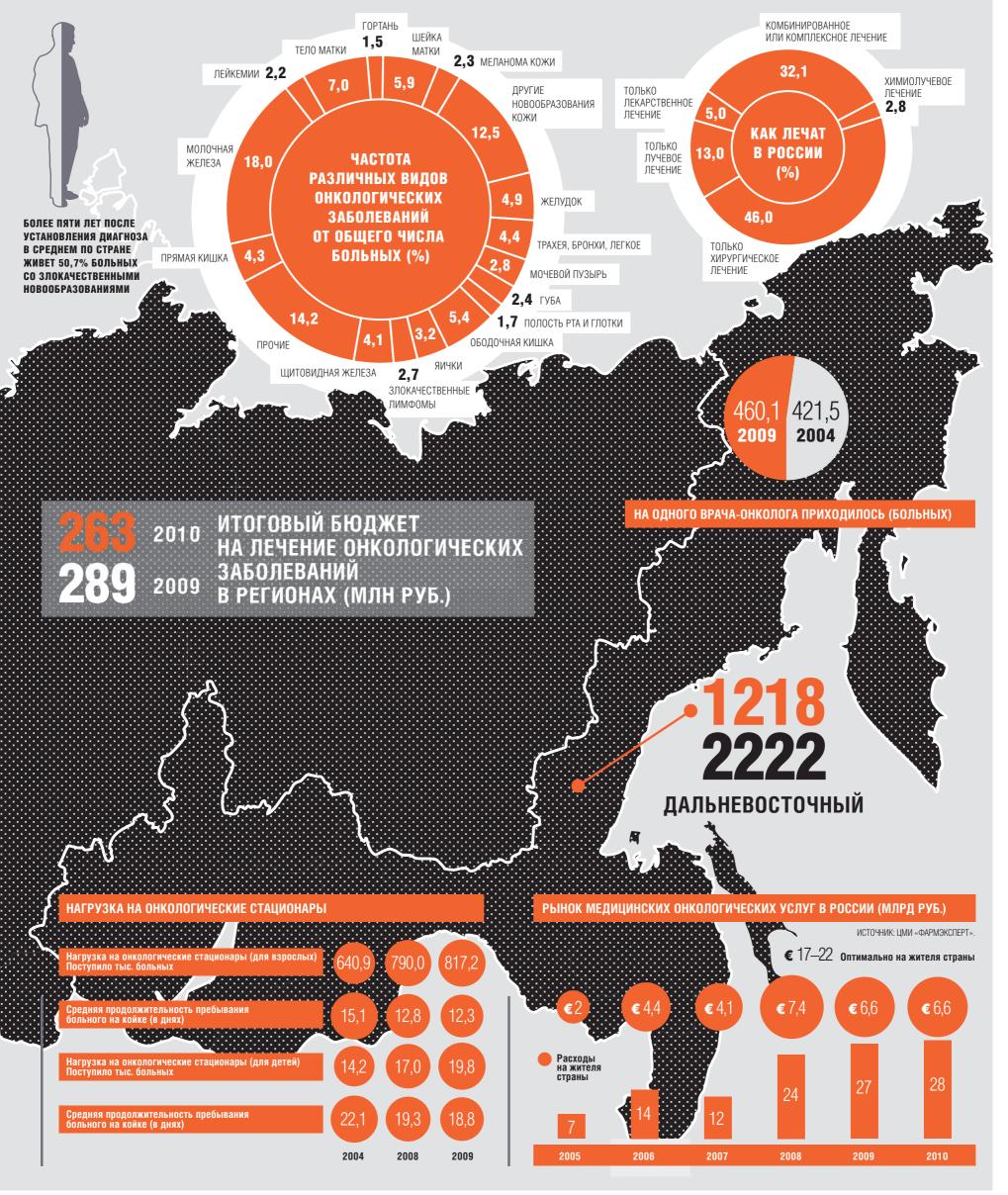
ПО СЛОВАМ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА «МСК-ЛАЙФ» АЛЕКСАНДРА ФЕДОНКИНА, ПО РОССИЙСКИМ ЗАКОНАМ ЛЕЧЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ МОЖЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ ТОЛЬКО В ГОСУДАР-СТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

1

НАЦИОНАЛЬНАЯ УГРОЗА

При подготовке этого выпуска Social Report многие наши собеседники называли рак «национальной угрозой». Этой угрозы не видно на улицах, она не бросается в глаза каждый день — но, судя по цифрам, в нашей стране нет ни одной семьи, которой бы в той или иной форме не коснулись проблемы, связанные с онкологическими заболеваниями.





≰ iPhone





Бесплатный сервис Издательского дома «Коммерсантъ» – приложение

- «Коммерсантъ» для мобильных платформ iPhone (iPod-touch), Windows Mobile и Android. Газета
- «Коммерсантъ», журналы
- «Коммерсантъ Weekend»,
- «Коммерсантъ Власть», «Коммерсантъ
- Деньги», «Коммерсантъ Секрет фирмы», «Огонёк». Новостная лента, полный доступ к статьям, видео- и фотогалереям,
- удобный тематический рубрикатор, простая навигация, закладки для быстрого доступа, поиск по архивам, доступ к контенту из других приложений, экспорт в социальные сети с возможностью комментариев.

Версия 3.0 приложения «Коммерсантъ» доступна в AppStore.







Теперь и для Android!



«У НАС ПОЯВЛЯЕТСЯ ОРУЖИЕ — ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ СПАСАЮТ ЛЮДЯМ ЖИЗНИ, И НЕ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ИМИ МЫ НЕ ИМЕЕМ ПРАВА»

Препараты граноцит, таксотер и элоксатин производства «Санофи-Авентис» хорошо известны онкологам. С руководителем Евразийско-го региона «Санофи-Авентис» и генеральным директором «Санофи-Авентис Россия» Патриком Аганяном корреспондент SR Николай Кириллов побеседовал о новых разработках, доступности лекарств и социальной ответственности фарминдустрии.



ПАТРИК АГАНЯН

РУКОВОДИТЕЛЬ

«САНОФИ-АВЕНТИС»

РОССИЯ»

И ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕК-

сторону, на ваш взгляд, движется сегодня фармакология в деле борьбы с раком? ПАТРИК АГАНЯН: Сейчас

разработка инновационных противоопухолевых препаратов базируется на более глубоком изучении механизма развития опухоли. Понимание этого механизма в итоге приводит к созданию узко-. профильных, таргетных препаратов, безопасность кото-ЕВРАЗИЙСКОГО РЕГИОНА рых гораздо выше, поскольку препарат действует на-_ правленно. Хотя мы и назытор «санофи-авентис ваем все эти заболевания одним словом, разновидностей рака, к сожалению, очень

много. Даже внутри одного заболевания бывают разные полтипы опухолей. Очень много зависит от каждого конкретного случая. Поэтому основное направление развития — это таргетированное лечение, направленное против того конкретного вида рака, который обнаружен у пациента. Этот подход должен дать очень большой сдвиг в борьбе с онкологическими заболеваниями.

SR: Над чем конкретно сейчас работает ваша компания? П. А: Онкология на сегодняшний день одно из приоритетных направлений деятельности «Санофи-Авентис». Два года назад компания определила пять платформ для дальнейшего роста. И онкология — в их числе. За это время компания хорошо продвинулась вперед. Наш исследовательский портфель на сегодняшний день включает 11 многообещающих онкологических препаратов, находящихся на разных фазах исследования. Это средства для лечения рака молочной железы, рака предстательной железы, рака легкого, рака яичников. У них разные механизмы действия. Это инновационные таргетные препараты, которые позволяют эффективно бороться с опухолями, воздействуя на тот или иной механизм ее возникновения. Небольшое терпение, дай бог, и они пройдут все этапы разработки и будут доступны в клинической практике. Некоторые из этих препаратов могут серьезно увеличить выживаемость и повысить качество жизни пациентов. Вообще прогресс, который мы наблюдаем сейчас в науке, и особенно в онкологии, вдохновляет

SR: Хотелось бы немного конкретики.

П. А: Как один из таких последних примеров могу привести наш новый препарат Jevtana (кабазитаксел). Он предназначен для лечения рака предстательной железы, в том числе с метастазами. Согласно статистике Минздравсоцразвития РФ, почти 20% пациентов с диагнозом «рак предстательной железы» уже имеют метастазы и нуждаются в проведении эффективной терапии, в том числе химиотерапии. Кабазитаксел действует за счет нарушения сети микротрубочек в клетках, что приводит к остановке деления злокачественной клетки. Он уже зарегистрирован в США, Бразилии и Израиле. И мы

SOCIAL REPORT: В какую ожидаем регистрации Jevtana в России в 2012 году. По новым регистрационным правилам мы здесь можем получить новый препарат примерно через 10-12 месяцев после его регистрации в Европе.

> **SR:** Как вы планируете донести информацию о нем до российских врачей? Ведь фактически сейчас у всех фармацевтов отобрали зарекомендовавший себя способ продвижения новых препаратов через медицинских представителей.

> П. А: Это действительно так, в некоторых регионах сейчас существует запрет на работу медпредставителей. И даже в других регионах, где все вроде бы разрешено. есть больницы, в которых этот запрет тоже действует. Это осложняет нашу работу, потому что роль медицинских представителей — это в первую очередь нести новую информацию, которая появляется в мире медицины. Ведь медицина — очень динамично развивающаяся область. Недавно, например, я узнал, что сейчас проходит клинические испытания препарат для лечения рассеянного склероза, который если будет одобрен, станет огромным шагом вперед, поскольку пациенту нало булет принимать этот препарат только один или два раза в год. Или, давайте, приведу другой пример. Сегодня когда мы диагностируем рак, то на очень ранней стадии, когда клетки только появляются, мы иногда не знаем, где находится их очаг. А сейчас появились препараты, которые самостоятельно их находят и

> И как, скажите, донести эти новости до врачей? Онкологи, конечно, неплохо владеют интернетом. Но вот если я захожу в Google и в строке поиска ввожу слова «онкология, диабет и кардиология» то знаете, сколько я получаю ссылок? Около 18 млн российских, а иностранных — порядка 90 млн! И это данные прошлого года, сейчас, я уверен, еще больше. Как во всем этом разобраться без помощи посторонних источников?

> Поэтому мы озабочены введенным запретом на работу медпредставителей. Ограничение на количество визитов к врачам — это еще понятно, это практикуется в фармацевтическом мире. Здесь возражений и быть не может. Но зачем нужен полный запрет?

> Я уже не говорю о фармакобезопасности, потому что еще одна важная функция наших представителей — это сбор информации у врачей о возможных побочных эффектах или нежелательных явлениях.

> **SR:** Но есть ведь и другая проблема: известные своей эффективностью препараты часто не доступны для российских пациентов.

> П. А: Давайте я приведу конкретный пример. Возьмем рак молочной железы. Это социально значимое заболевание. Во-первых, в России женщин больше, чем мужчин. Во-вторых, женщина, естественно, является фундаментом любой семьи. При этом мы знаем, что если это заболевание диагностируется на ранней стадии, своевременно проводится операция и современное лечение, то пациентка может быть излечена. Согласно американской статистике, пятилетняя выживаемость женшин с ранними стадиями рака молочной железы составляет 98%. В портфеле компании «Санофи-Авентис» есть препарат таксотер, который является об

щепризнанным стандартом химиотерапии рака молочной железы во всем мире и обеспечивает пятилетнюю общую выживаемость у 90% женщин с ранними стадиями РМЖ.

Ежегодно в России десятки тысяч женщин заболевают раком молочной железы. К сожалению, лечение высокоэффективными препаратами, и в частности таксотером, доступно далеко не для всех. В результате, по некоторым подсчетам, из-за этой болезни каждый день 47 детей в России остаются без матерей.

Соответственно, это можно экстраполировать практически на весь рынок. Наши препараты таксотер и элоксатин являются базовыми препаратами для лечения многих опухолей. И, как правило, данные препараты включены почти во все международные стандарты, которые сегодня используются в мировой практике. В нашей стране эти препараты тоже хорошо знакомы и тоже включены в стандарты лечения. Но, к сожалению, финансирование пока не позволяет обеспечить ими всех пациентов. По нашим подсчетам, их получает только около 15% нуждающихся. В Москве, конечно, больше, в сельской местности — меньше.

SR: Как исправить эту ситуацию?

П. А: Мы убеждены, что глубоко неправильно иметь возможность лечить людей и не пользоваться ею. Поэтому мы разработали и внедряем программу, которая называется «Шанс на жизнь». Мы считаем, что у нас, как у большой компании, есть определенная социальная миссия. И мы решили разделить с государством ответственность по лечению женщин с ранними стадиями рака молочной железы. Компания со своей стороны планирует в 2011 году пролечить 2 тыс. российских женщин нашим современным высокоэффективным препаратом таксотер. С начала года в программу уже включены 200 пациенток. За свой счет мы предоставим препарат для нескольких ведущих российских онкологических клиник. Если мы получим поддержку со стороны других компаний, медицинских учреждений и регуляторных органов, то программа будет развиваться

SR: То есть фактически притом, что у нас Минздрав не способен обеспечить всех нужным лечением, вы берете часть функций государства на себя?

П. А: Понимаете, мы работаем в очень чувствительной, в отличие от других, индустрии. Мы помогаем людям в борьбе с их заболеванием. Когда у нас. как фармацевтической компании, появляется новое оружие — препараты, которые действительно спасают людям жизни, мы не имеем права не использовать его.

Конечно, мы не можем подменять собой благотворительные организации, мы акционерная компания. Но, с другой стороны, когда мы сами внутри компании оценили ситуацию, мы решили по мере возможности внести свой вклад в решение проблемы рака. Это было общее командное решение. Эта инициатива реализуется пока только в России.

SR: А как же существующие государственные программы по закупке онкологических препаратов. Они не справляются?

П. А: Да, есть госпрограммы по финансированию лечения социально значимых заболеваний, одним из которых является и онкология. Но на сегодня только программа «Семь нозологий» получает достаточное финансирование. Однако под нее подпадает только 4% всех онкологических пациентов. Лечение других видов рака, к сожалению, на сегодня недофинансируется. Мы надеемся, что эта ситуация со временем будет меняться. В лечении таких социально значимых заболеваний, как рак молочной железы, рак легких, еще очень многое предстоит сделать.

SR: Насколько я понимаю, в государственных программах обычно используется аукционный принцип закупок лекарств. Как, на ваш взгляд, в этой ситуации обеспечить людей современными качественными препа-

П. А: Действительно, на сегодня главный критерий аукционов — это цена. Но в медицинском мире существует практика оценки влияния лекарственного препарата на общую стоимость лечения. То есть насколько уменьшается время госпитализации, затраты на коррекцию побочных эффектов при лечении данным препаратом. Это ведь тоже расходы. И когда мы смотрим на общую картину, тогда цена самого лекарства становится лишь одной из составляющих. Я уверен, что такой расчет со временем будут делать и у нас, что в России тоже будут брать за основу именно общую стоимость лечения

SR: А как вы вообще видите нынешнее развитие нашего здравоохранения? Как вы смотрите на процессы, которые там происходят, в здравоохранении?

П. А: Могу сказать, что за последние несколько лет мы видим очень большой интерес к здравоохранению со стороны государства. Долгое время к этой отрасли не было должного внимания. Однако в последние годы, особенно последние пять-шесть лет, ситуация изменилась. Российскому здравоохранению предстоит еще долгий путь, но начало положено.

И в этом отношении мы приветствуем программы «Фарма-2020» и «Здравоохранение-2020», ориентируясь на которые мы можем корректировать свои планы и свои инвестиционные проекты. Например, с оглядкой на эти государственные программы мы планируем начать производство в России наших онкологических препаратов. Уже во второй половине года они будут производиться на нашем заводе в Орловской области «Санофи-Авентис Восток». Этот завод сегодня произволит высококачественные аналоги инсулина. Между прочим, мы в прошлом году стали первой компанией из «большой фармы», которая сделала такую инвестицию в России. ■

МЫ ОЗАБОЧЕНЫ ВВЕДЕННЫМ ЗАПРЕТОМ НА РАБОТУ **МЕДПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ**

«ЛЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДИТСЯ В ОСНОВНОМ ХИРУРГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ»

городского клинического онкологического диспансера ГЕОРГИЙ МАНИ-ХАС говорит, что на сегодня в Петербурге увеличилась продолжительность жизни у больных раком легкого, толстой и прямой кишки, молочной железы, предстательной железы и яичников - теми заболеваниями, которые еще несколько лет назад считались практически неизлечимыми.



SOCIAL REPORT: Георгий Моисеевич, считаете ли вы современную материальную базу Петербургского городского кпинического онкологического диспансера достаточно современной для оказания помощи больным в полном объеме?

ГЕОРГИЙ МАНИХАС: Наш городской клинический онкологический диспансер — одно из

самых крупных профильных учреждений в России, ежегодно тут лечится 31 тыс. больных. Есть стационар на 850 коек, которых. конечно, не хватает. Но в марте в Санкт-Петербурге планируется открыть научнопрактический специализированный онкологический центр еще на 530 коек. Проблема в другом: медтехника нашего онкологического диспансера устарела. Например, сейчас в распоряжении нашего диспансера только один линейный ускоритель и один гамматерапевтический аппарат, предназначенный для радиотерапии, который уже отработал свой положенный срок. А для существующе-

Главный врач Санкт-Петербургского го потока больных нам надо более 15 современных радиотерапевтических аппаратов! С открытием нового научно-практического центра в нашем распоряжении появится еще три. Но и этого будет недостаточно.

> **SR:** Какова ситуация с лекарственным обеспечением онкологических больных в Санкт-Петербурге?

Г. М.: Несмотря на количество коек для онкобольных, бюджетные ресурсы на приобретение лекарственных средств для лечения онкологических заболеваний за последние годы не увеличились. И сейчас государство ежегодно выделяет на лекарства для онкологических больных более 750 млн рублей. тогда как необходимо, по нашим приблизительным подсчетам, 1,5 млрд рублей, то есть в два раза больше.

SR: Как же вы тогда больных лечите, если денег не хватает?

Г. М.: Сегодня избавление больных от злокачественных опухолей в нашем лечебном учреждении в 60% случаев производится хирургическим методом. Хирургия — единственный метод в лечении онкологических заболеваний, в котором мы на сегодня не испытываем проблем. Она компенсирует недостаток двух других видов оказания медицинской помощи — лекарственного и радиотерапевтического.

SR: Насколько увеличилась продолжительность жизни больных онкологическими заболеваниями в Петербурге за последние годы?

Г. М.: По данным ракового регистра Петербурга, увеличилась продолжительность прямой кишки, молочной железы, предстательной железы, яичников, Например, если еще 20 лет назад после постановки диагноза «Dak» пятилетняя прололжительность жизни наблюдалась у 80% больных раком груди. то сейчас мы наблюдаем пятилетнюю выживаемость у 90% пациентов. Достичь такого результата удалось благодаря современным лекарственным средствам, новым методам радиотерапии. Если раньше мы обходились гамма-терапией, то сейчас мы применяем ускорители электронов, брахитерапию, то есть внутриполостное облучение органов. Кроме того, появились и новые лекарственные противоопухолевые препараты, с помощью которых можно воздействовать на определенные рецепторы, внутриклеточные связи опухолевых клеток и т. д. В целом у ОНКОЛОГОВ ПОЯВИЛАСЬ ВОЗМОЖНОСТЬ УПРАВЛЕния и торможения опухолевого роста.

SR: Как изменился возраст больных онкологией? Говорят, что в Питере раком заболевает много людей в возрасте до 35 лет. Это правла?

Г. М.: Видимой тенденции к омоложению онкологических заболеваний в Петербурге я не наблюдаю. И вообще за десять последних лет возраст больных мало изменился. Как и раньше, наибольшая заболеваемость раком наблюдается у людей от 50 лет и старше.

SR: Чтобы снизить риск онкологического заболевания, необходима профилактика. Насколько в Петербурге на сегодня развита система профилактики онкологических за-

жизни у больных раком легкого, толстой и Г. М.: В Питере действует несколько программ по профилактике, ранней диагностике и лечению онкологических заболеваний. Благодаря этим программа произошли ожидаемые существенные изменения к лучшему. Онкологи старались выявлять такие заболевания, как рак молочной, предстательной железы, рак легкого, толстой и прямой кишки и рак шейки матки, меланомы. Естественно, уровень заболеваемости по этим заболеваниям увеличил-СЯ В СВЯЗИ С ВЫСОКОЙ ВЫЯВЛЯЕМОСТЬЮ НА ранних стадиях. Например, благодаря всем этим программам число заболевших раком предстательной железы выросло на 170%! А все почему? А потому что мы разрешили всех мужчин во всех диагностических центрах Санкт-Петербурга обследовать бесплатно

> **SR:** Насколько часто больные, у которых обнаружили рак, отказываются от лечения?

Г. М.: В Питере массовых отказов не наблюдается точно. И я знаю, почему наши пациенты не отказываются от лечения. Мы широко пропагандируем раннюю диагностику и профилактику, а также своевременное лечение. И подчеркиваем, что чем раньше обнаружен рак, тем больше вероятность избавиться от него полностью. Даже при обнаружении рака молочной железы на первой-второй стадиях заболевания мы гарантируем женщинам полное выздоровление. То же самое можно сказать о лейкозах, гемобластозах — заболеваниях, характерных больше для молодых, чем пожилых людей. Но порой больные действительно отказываются от лечения. Но не от лечения вообще, а от лечения конкретно в том регионе. где заболевание было выявлено, и едут лечиться в другой, с более развитыми медицинскими учреждениями. Сегодня предложить качественную медпомошь онкологическим больным предлагают Иркутск, Уфа, Казань, Москва, Барнаул и, конечно, Питер.

SR: А какова на сегодня излечиваемость от онкологических заболеваний в Питере?

Г. М.: Сейчас на учете с диагнозом «рак» стоит 109 тыс. петербуржцев. Из этих больных после постановки диагноза пять-десять и более лет прожили около 60% пациентов. Из стационаров до 25% пациентов выходят полностью излечившимися от онкологического заболевания, около 50% — с улучшением, но около 26% пациентов покидают станы стационара со стабилизацией опухолевого процесса. Надо сказать, что в течение последних лет эти показатели изменились в лучшую сторону. Все потому, что мы стали лучше обследовать больных. Это результаты проводимых нами в Петербурге противораковых программ.

SR: Как изменилась стоимость лечения онкологического больного?

Г. М.: Лечение одного больного в нашем медучреждении в 2008 году составляло 14,7 тыс. рублей, в 2009-м — 14,4 тыс. рублей, в 2010-м — 18,3 тыс. рублей. Как видите, стоимость лечения росла. Но деньги съела инфляция и удорожание коммунальных услуг для учреждения. ■

«ПРИ РОСТЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ УМЕНЬШАЕТСЯ СМЕРТНОСТЬ»

Как и во всех онкологических учреждениях Сибирского федерального округа. материально-технической базы Иркутского клинического онкологического диспансера недостаточно для лечения существующего объема больных. признается ВИКТОРИЯ ДВОРНИЧЕН-



КО, его главный врач. Благодаря федеральной программе «Онкология» и другим различным региональным программам врачи очень надеются модернизировать медицинское оборудование, что снизит прирост смертности от онкологических заболеваний <section-header> в регионе.

SOCIAL REPORT: Какова актуальная официальная статистика выявляемости онкологических заболеваний в Иркутске?

ВИКТОРИЯ ДВОРНИЧЕНКО: Показатель заболеваемости злокачественными образованиями в Иркутской области в 2009 году составил 372,45 больного на 100 тыс. населения, в 2010-м показатель изменился и составил 383.39 на 100 тыс.

SR: Налицо факт увеличения заболеваемости среди иркутян...

В. Д.: На самом деле все так и должно быть: показатель заболеваемости среди населения Иркутской области не должен уменьшаться. За последние годы улучшилась выявляемость онкологических заболеваний. Теперь мы можем проводить мониторинг ранней выявляемости злокачественных новообразований. В Иркутской области открыт 131 смотровой кабинет, что позволит проводить скрининг, выявлять предраковые состояния у пациентов.

SR: Как увеличилась смертность в Иркутском регионе от онкологических заболеваний за последние годы?

В. Д.: При очевидном росте заболеваемости в Иркутской области уменьшается смертность от онкологических болезней. Этот факт отметила в 2010 году на Всероссийской конференции онкологов министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова. В 2010 году смертность составила 185,36 на 100 тыс. населения, в 2009-м — 189.73 на 100 тыс.

SR: Как вы оцениваете эффективность федеральной программы «Онкология», которая реализуется на территории страны уже третий год?

В. Д.: В 2011 году планируется окончание строительства Восточно-Сибирского онкологического центра, а также оснащение его современным лечебно-диагностическим оборудованием. Следующий серьезный этап — это строительство радиологического корпуса и оснашение его радиологическим оборудованием, которое область могла бы получить при включении в федеральную программу «Онкология». Я очень высоко оцениваю эффективность этой программы. Она нужна региональным диспансерам хотя бы потому, что предполагает закупку оборудования для лучевой терапии. Не каждый регион способен приобрести такое дорогостоящее радиологическое оборудование. Иркутская область должна войти в эту программу в 2012 году, когда построят областной радиологический корпус.

SR: Как изменилась стоимость лечения больного за последние пять лет? Увеличилась она или уменьшилась?

В. Д.: Объемы финансирования на лечение онкологических больных в Иркутской области зависят от поступлений из областного и федерального бюджетов, из бюджета фонла медицинского страхования. В 2011 году ГУЗ Областной онкологический диспансер получил 600 федеральных квот, которые позволят шире использовать высокотехнологичные виды лечения на базе нашего диспансера. Самым дорогим видом лечения в онкологии является химиотерапевтическое. И каждая область испытывает дефицит финансирования на этот вид лечения. Но и в этом направлении правительство РФ и правительство Иркутской области сделали много. Существует программа ОНЛС (программа обеспечения необходимыми лекарственными средствами) для инвалидов, принятый в Иркутской области закон № 106-03 по обеспечению амбулаторных больных (не инвалидов) необходимыми химиотерапевтическими препаратами, идет финансирование из областного бюджета и бюджета фелерального медицинского страхования. Таким образом, на химиотерапевтическое лечение онкобольных выделяется 350 млн рублей. Этого, конечно, недостаточно — по стандартам лечения онкологического больного на химиотерапевтическое лечение необходимо 600 млн рублей.

SR: Как вы оцениваете контингент больных? Каковы ваши задачи по повышению качества лечения?

В. Д.: В структуре онкологических заболеваний в Иркутской области первым стоит рак легкого, рак кожи и меланома, затем рак молочной железы. Для диагностики и лечения злокачественных новообразований мы планируем в 2011 году открыть генетическую лабораторию. Первыми злокачественными новообразованиями, которые мы станем исследовать, будут рак молочной железы и яичника. Помогать нам будут ученые Томского НИИ онкологии. Прием в лаборатории планируем сделать бесплатным. В нашей области также бесплатно проводится эндопротезирование при опухолях костей и мягких тканей, эндопротезирование для восстановления голосовой функции у ларингоэктомированных больных. Эти мероприятия выполняются за счет областного бюджета.

SR: Как обстоят дела с заболеваемостью раком у детей в Иркутской области?

В. Д.: Как и везде в России, в Иркутской области дети тоже болеют раком. Отделение детской онкологии в Иркутской области, конечно, есть. Оно действует на базе Иркутской детской областной больницы. Всего 35 коек, условия лечения не очень современные. Планируется реконструкция здания Областного онкологического диспансера, где будут открыты боксированные палаты лля летей. В 2012 голу также в планах открытие отделения для трансплантации кост-HULU WU3LS ■

Записала АННА ГЕРОЕВА

«ОЧЕРЕДИ НА ЛЕЧЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКИ НЕ СУЩЕСТВУЕТ» Главный онколог Республики Татарстан и по совместительству главный врач Республиканского клинического онкологического диспансера Рустем Хасанов рассказал SR, что в Татарстане неуклонно растет число онкологических заболеваний, выявленных на ранних стадиях развития, несмотря на износ оборудования в специализированных медучреждениях.



PYCTEM XACAHOB

ГЛАВНЫЙ ОНКОЛО РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН. ГПАВНЫЙ ВРАЧ

РЕСПУБЛИКАНСКОГО

клинического ОНКОЛОГИЧЕСКОГО

жем, в 2010 году заболевание на ранней стадии было выявлено у 50,6% больных, а в 2009-м — у 46,1%. При этом показатель смертности от онкологических заболеваний в 2010 году снизился на 2,2% по сравнению с уровнем 2009 года, составив 176,6 на 100 тыс. населения.

ше болеть?

Татарстане составил 18,0%.

Думаю, это связано с повы-

шением эффективности дея-

тельности лечебно-профи-

лактических учреждений —

на это же указывает факт по-

вышения доли больных, вы-

явленных на ранних стадиях

развития заболевания. Ска-

Улучшение диагностики и уменьшение смертности стало возможным за счет совершенствования организации медицинской помощи. С июля прошлого года в республике на базе медицинских учреждений созданы 68 первичных онкологических кабинетов и 6 первичных онкологических отделений.

SR: Считаете ли вы материальную базу учреждения достаточной для того объема больных, которые проходят здесь лечение? И если нет, то в чем конкретно заключаются недостатки? Сколько больных наблюдается в вашем онкоцентре сегодня?

Р. Х.: Ежегодно стационарное лечение в Республиканском клиническом онкологическом диспансере минздрава Татарстана (РКОД) получают около 25 тыс. пациентов и около 200 тыс, обращаются за поликлинической помощью. На учете со злокачественным новообразованием состоит 65 162 человека (каждый 58-й житель республики.— **SR**). В 2005—2006 годах на развитие материально-технической базы РКОД было выделено более 1 млрд рублей. Постановлением правительства РФ Республика Татарстан включена в 2011 году в программу оснащения Окружного онкологического диспансера. Перечень оснащения включает оборудование для позитронно-эмиссионной томографии и радионуклидной терапии жидкими изотопами на сумму около 402 млн рублей. Республиканское софинансирование составит более 500 млн рублей, предназначенных для проектно-

SOCIAL REPORT: Судя по сметных и строительно-монтажных работ в целях дальофициальной статистике. в нейшей модернизации радиологического отделения и Татарстане растет онкологиподготовки помещений под новое оборудование. Таким неская заболеваемость — это образом, налицо динамичное развитие РКОД. Вместе с тем, конечно, существуют и определенные проблемы: позначит, что рак стали лучше искать или люди стали больстепенно изнашивается и устаревает ранее полученное оборудование, площади и планировка поликлиники и ря-РУСТЕМ ХАСАНОВ: По стада отделений уже не отвечают требованиям времени. Мы тистике, за четыре года — с обсуждаем эти проблемы с министерством здравоохра-2006-го по 2010-й — рост занения Республики Татарстан и вырабатываем планы на болеваемости злокачественбудущее, которые позволят и дальше совершенствовать ными новообразованиями в онкологическую помощь населению.

SR: Не так давно Минздравсоцразвития обнародовало данные, согласно которым около 30% больных онкологическими заболеваниями на первой-второй сталиях, когла еще можно выжить, отказываются от услуг медиков. Как вы считаете, чем это вызвано?

Р. Х.: В Татарстане доля больных с заболеваниями на первой-второй стадиях, отказавшихся от лечения, в 2010 году составила 1,9% от всех впервые выявленных в первой-второй стадиях больных. Это гораздо меньше, чем приводимые вами цифры, но, безусловно, такая проблема существует. Дело в том, что именно на первойвторой стадиях заболевания, когда возможности для радикального излечения очень широки, никаких болевых ощущений пациент зачастую не испытывает. Состояние мнимого благополучия не побуждает его относиться серьезно к своему состоянию. А если еще он при этом будет прислушиваться к звучащим со страниц некоторых далеких от науки печатных изданий и публикаций в прессе, рекламирующих «народные» средства исцеления «от всех болезней», то болезнь будет прогрессировать и время будет упущено. Все равно через полгода-год пациент окажется в онкодиспансере, но с гораздо меньшими шансами на хороший исход лечения. Для уменьшения количества больных, отказывающихся от лечения, необходима тщательная разъяснительная работа медперсонала с такими больными. Ответственность врача за судьбу больного, его профессиональные и нравственные качества должны растопить лед недоверия со стороны пациента, мотивировать его к активному сотрудничеству с медиками в целях сохранения своего здоровья, а часто и спасения своей жизни. Необходимо отметить и роль средств массовой информации в повышении санитарногигиенической грамотности населения: регулярные интервью с ведущими специалистами-онкологами, психологами, дающими научно обоснованные советы и рекомендации населению, в состоянии значительно повысить уровень образованности населения в вопросах сохранения своего здоровья.

SR: Какова на сегодня излечиваемость от онкозаболеваний в вашем центре? И как изменились эти данные за последние три года — увеличились или уменьшились?

Р. Х.: По современным принципам излеченными считаются больные, прожившие пять и более лет после установления диагноза и лечения. Доля больных, состоящих на учете в Татарстане со злокачественным новообразованием пять и более лет, увеличилась с 2008 по 2010 год на 1%, до 53,1%. Необходимо отметить, что основное влияние на долю излеченных больных оказывают не специализированные диспансеры и центры, а именно работа всех служб здравоохранения, чья задача — ранее выявление рака и своевременное направление пациентов в специализированные онкологические учреждения. Только тогда вся мошь современной специализированной онкологической помощи может обеспечить полное излечение или длительную ремиссию заболевания. Напротив, если заболевание у пациента выявлено на поздних стадиях, никакие самые дорогостоящие и высокотехнологичные методы лечения не позволят достичь выздоровления.

SR: Какова сегодня роль общественных движений против

Р. Х.: Участие широких слоев населения необходимо для выстраивания партнерских отношений в системе «врачпациент». Практической формой привлечения граждан к процессам совершенствования здравоохранения России

является их объединение под эгидой общественных объединений. В нашей стране существует целый ряд таких формирований. На федеральном уровне действуют Обшероссийское общественное объединение медицинских работников «Мелицина за качество жизни», его залачей является консолидация медицинского сообщества в решении проблем модернизации здравоохранения. Сотрудничество регионов России с некоммерческим партнерством «Равное право на жизнь» позволяет проводить ряд акций по пропаганде здорового образа жизни среди молодежи, организовывать профилактические осмотры населения с целью раннего выявления онкологической патологии, оснащать онкологические учреждения техникой. В частности, в Татарстане в 2010 году при поллержке «Равного права» оснашено инфузоматами и креслами для химиотерапии отделение дневного стационара поликлиники РКОД в Альметьевске. С 1993 года в республике действует общественный противораковый фонд, при участии которого с 1995 года внедрена технология иммуногистохимической диагностики новообразований. В 2006 году фонд представил республиканскую программу по выявлению рака молочной железы, объявленный фирмой Avon. В результате победы в конкурсе в республику поступили передвижной и стационарный маммографы на сумму около \$1 млн.

SR: Насколько сложно больному сегодня получить доступ к высокотехнологичной мелицине? Сколько человек получили такое лечение в прошлом и позапрошлом годах? И сколько нуждающихся в них так и не дождались своей очереди?

Р. Х.: В прошлом году высокотехнологичная медицинская помощь по профилю «онкология» оказана 3113 больным. На их лечение из республиканского и федерального бюджетов было потрачено 140 млн рублей. В этом году аналогичное лечение получат 3122 пациента (за счет бюджета РФ — 755 человек, за счет бюджета РТ — 2367), на что выделено 183 млн рублей. Должен сказать, что такого понятия, как «очередь на лечение», для больного онкологического профиля в Татарстане практически не существует.

SR: Как различается стоимость лечения онкологических больных за границей и в России?

Р. Х.: Например, стоимость одного курса радиотерапевтического лечения в Израиле стоит \$50 тыс. В России —\$1,8 тыс. Стоимость одного койко-дня в нашей клинике в 2007 году составляла 904 рубля, в 2010 году — 2338 рублей. Расходы на онкологические препараты в 2006 году на душу населения составили: в Германии — €16, в Польше — €9, в России — €4.

SR: Сколько зарабатывает работающий в вашей клинике врач-онколог?

Р. Х.: В РКОД в 2010 году в среднем 21 730 рублей в зависимости от конкретного вида деятельности, стажа, квапификации

ЕЖЕГОДНО СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ КЛИНИЧЕСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ МИНЗДРАВА ТАТАРСТАНА (РКОД) ПОЛУЧАЮТ ОКОЛО 25 ТЫС. ПАЦИЕНТОВ И ОКОЛО 200 ТЫС. ОБРАЩАЮТСЯ ЗА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ



«РОСТ ВЫЖИВАЕМОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ОЧЕВИДЕН»

медикаментозной терапии онкологических больных растет, несмотря на то что объем выпуска высокотехнопогичных препаратов увеличивается. АЛЕКСЕЙ РЕПИК, председатель совета директоров группы компаний «Р-фарм», управляющей рядом производственных площадок по выпуску готовых лекарственных форм, уверяет: сейчас у больных онкологическими заболеваниями намного больше шансов вылечиться, чем было еще пять лет назад.



SOCIAL REPORT: С кажлым годом препаратов против рака становится все больше. При этом цены на них так высоки, что делают их недоступными для больных. Как вы считаете, точему растут цены?

АЛЕКСЕЙ РЕПИК: Вопервых, в России, в отличие от многих стран, пациенты обеспечиваются противоопухоле-

выми препаратами за счет государства: федерального, региональных и ведомственных бюджетов. По целому ряду лекарств, патентная защита на которые истекла, наблюдается существенное снижение цен. Так, например, цена 30 мг паклитаксела (используемого в схемах химиотерапии рака молочной железы и яичников) снизилась за последние пять лет с 8 тыс. рублей до 600-800 рублей, то есть более чем в десять раз.

В то же время новые препараты, которые только вышли на рынок и зашишены международными патентами, действительно не-

С каждым годом средняя стоимость дешевы, поскольку в их стоимость заложены расходы на разработку и клинические исследования в том числе и по другим молекулам, которые не доказали эффективности и не вышли на рынок. И расходы на разработку новых лекарств во всем мире растут, поскольку ужесточаются требования к доказательной базе при их регистрации.

Не случайно из 15 международных компаний, лидирующих по расходам на инновации. 6 — фармацевтические. За 2010 год они потратили на разработку свыше \$30 млрд.

Кроме того, за счет увеличения эффективности терапии продолжительность жизни онкологических больных существенно выросла. Конечно, лечение одного больного в течение пяти-десяти лет оказывается более дорогим, чем в прошлом, когда пациент погибал через несколько месяцев. Главное, прогресс по выживаемости онкологических больных очевиден.

SR: Насколько велик технологический разрыв в производстве онкологических препаратов между российскими и иностранными фармпредприятиями на сегодня?

А. Р.: В производстве препаратов, не защищенных патентами, в том числе онкологических, разрыв есть, но он относительно легко устраним за счет улучшения технической оснащенности российских заводов и законодательного внедрения международных требований к стандартам производства. Например, наш новый завод в Ярославле будет даже превосходить большинство зарубежных предприятий. Другое дело — разработка инновационных онкологических лекарств. Пока здесь пропасть. Российская

наука богата идеями, но отсутствует культура превращения этих идей в лекарства. Именно поэтому разработанных в России препаратов на мировых рынках нет вовсе. да и на нашем их единицы. Ситуацию призвана изменить Федеральная целевая программа развития фармацевтической промышленности, которая, надеюсь, станет мостом через эту пропасть

SR: И что вы предлагаете?

А. Р.: Один из путей — создание стратегических партнерств с ведущими мировыми производителями для разработки, исследований и производства инновационных лекарств на территории России.

SR: Возможно ли снижение средней стоимости лечения больного при локализации производств лекарств?

А. Р.: Конечно! Я знаю по опыту, что локализация производства онкологических препаратов в среднем приводит к снижению отпускной цены на 20-25%. Ведущие производители стремятся поддерживать цены на свои препараты на разных рынках на одном уровне, так как государственные регулирующие органы во многих странах ведут мониторинг уровня мировых цен (так называемая система reference pricing). Поэтому на уменьшение стоимости препаратов в России зачастую идут неохотно, опасаясь риска принудительного снижения цен на европейском и американском рынках. В случае локализации производства этот риск снимается, так как препарат выпускается отечественным производителем для внутреннего рынка.

SR: Известны ли вам какие-нибуль противоонкологические препараты российского производства, конкурентоспособные иностранным аналогам?

А. Р.: Российские разработки в онкохимиотерапии мне неизвестны. Время от времени появляются сообщения о том что гле-то разработали препарат для лечения онкологического заболевания, и он обязательно покажет себя хорошо, но реально пока нет ни одного оригинального отечественного средства, продаваемого эффективно на ми-

SR: Как вы считаете, целесообразно ли требовать от бюджетов регионального и федерального покрытия расходов на лечение онкобольных или стоит развивать иные формы финансирования — страхового или с участие средств самого больного?

А. Р.: Я думаю, что государственное финансирование лекарственного обеспечения важнейший элемент социальных гарантий. Страховые механизмы покрытия стоимости онкологических лекарств — вопрос непростой и не до конца решенный даже в странах с наиболее развитой системой медицинского страхования. Поэтому покрытие наиболее дорогостоящей терапии за счет специальных программ, финансируемых федеральным бюджетом, на текущий момент представляется оптимальным. При этом количество таких программ может

SR: Какой путь более эффективен при обеспечении прав пациента на полноценное лечение — снижение стоимости терапии или увеличение финансирования медицинских программ из бюджета?

А. Р.: Конечно, оба! Задача государства обеспечить доступ всем больным к необходимым современным препаратам. Для достижения этой цели надо и снижать стоимость лечения — за счет развития конкуренции между производителями, локализации в России выпуска ранее импортировавшихся лекарств. и увеличивать финансирование закупок высокоэффективных инновационных средств. Только так можно повысить доступность терапии для пациентов. **SR:** Что вы можете сказать на сегодня об обеспечении лекарственными препаратами российских пациентов, больных онкологией? В чем выражается ее несовершенство? И как. на ваш взгляд, надо решать проблему?

А. Р.: Как я уже сказал, в отличие от многих стран мира — даже развитых, система обеспечения пациентов в России гуманна и социально ответственна. Наше государство гарантирует медицинскую помощь всем гражданам, в том числе и онкобольным. Все граждане имеют право на бесплатное лечение, включая необходимые лекарственные средства, при госпитализации в государственные ЛПУ. А социально не защищенные категории населения, например инвалиды, имеют право и на бесплатное амбулаторное лекарственное обеспечение в соответствии с принятыми стандартами лечения. Во многих странах мира пациенты должны покупать дорогостоящие страховки и доплачивать за лечение из собственных средств. А нам для того, чтобы улучшить показатели по выживаемости наших онкологических пациентов, надо более активно обновлять стандарты лечения с учетом современных инноваций.

«ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПРОИЗВОДСТВА НЕ ПРИН-**ЦИПИАЛЬНО ВЛИЯЕТ НА СТОИМОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ»**

ВЛАДИМИР БАБИЙ, глава компании «Фармэко», уверен, что российские пациенты сегодня в достаточной мере обеспечены лекарственными препаратами, несмотря на практически полное отсутствие российских инноваций на фармрынке.



SOCIAL REPORT: Какой путь более эффективен при обеспечении прав пациента на полноценное лечение снижение стоимости терапии или увеличение финансирования медицинских программ?

ВЛАДИМИР БАБИЙ: Мне кажется, что основной путь это финансовая обеспе-

ченность законодательно утвержденных стандартов лечения и объемов медицинской помощи. В такой ситуации возможно проведение конструктивных переговоров со всеми участниками рынка по поводу цен и объемов потребления. В отдельности эти два пути не смогут обеспечить систему качественного обеспечения лечебного процесса.

По некоторым редким заболеваниям обеспеченность пациентов лекарственными препаратами достаточно высока. Но зато по более распространенным нозологиям обеспеченность находится на очень низком уровне. Причин тому несколько. Во-первых, нет законодательно утвержденных стандартов лечения и объемов медицинской помощи, которые по идее должны быть профинансированы государством. Во-вторых, в стране нет системы финансового планирования обеспечения лечебного процесса, которая по идее должна учитывать особенности каждого пациента, удовлетворять их реальные потребности в доступности лечения. Есть и еще один важный момент — диагностика. Диагностический блок нашей системы здравоохранения не очень хорошо функционирует. Нередко пациент поступает к врачу на запущенной стадии заболевания, когда уже ничем нельзя помочь. А успех лечения зависит именно от своевременной лиагностики.

SR: Целесообразно ли требовать от бюлжетов регионального и федерального покрытия расходов на лечение онкобольных или стоит развивать иные формы финансирования — страховое или с участием спелств самого больного?

В. Б.: Целесообразно. Ведь уровень существующего государственного финансирования однозначно ниже необходимого. И при существующем госфинансировании не может быть обеспечена надлежащая доступность лечения всем нуждающимся пациентам. Поэтому увеличение регионального и федерального бюджетного финансирования жизненно необходимо. В ближайшее время, кстати, ожидается, что государственное финансирование будет увеличено в рамках национального проекта модернизации здравоохранения. Увеличено оно будет в том числе и на лекарственное обеспечение. Это будет благоприятно и для пациентов, и для развития фармрынка. Но при этом развивать систему добровольного медстрахования однозначно необходимо.

SR: Возможно ли снижение средней стоимости лечения больного при локализации производств лекарств?

В. Б.: Сегодня в России уже существуют фармацевтические заводы ведущих брендов мирового фамрынка, отвечающие требованиям GMP. Но этого мало для развития фармпромышленности России. Лля ее полноценного развития необходимы инновационные разработки, возможности их реализации. Для эффективной регуляции стоимости лечения не должно быть государственной монополизации источников финансирования на этом рынке, чтобы страховые компании, как финансовый институт, могли активно участвовать в процессах конкурентного ценообразования. как это сейчас происходит в большинстве развитых стран. Поэтому, как мне кажется, локализация производства — это не основной механизм влияния на стоимость лечения от рака сегодня.

SR: Известны ли вам какие-нибудь противоонкологические препараты российского производства, конкурентоспособные иностранным аналогам?

В. Б.: Не известны. Возможно, в научноисследовательских лабораториях нашей страны такие препараты есть. Однако превратить их в конкурентный продукт, вывести на рынок, довести до пациента мы пока, к сожалению, не умеем.

SR: Почему?

В. Б.: На сегодня в России нет системы вывода лекарственных препаратов на рынок. **SR:** Объем выпуска высокотехнологичных препаратов увеличивается, при этом средняя стоимость медикаментозной терапии онкологических больных только растет. В чем причина?

В. Б.: Основная причина в том, что на рынок выходят новые революционные лекарственные средства. Их стоимость выше, чем тех лекарств, которые разрабатывались еще 10-15 лет назал, и это объяснимо. Новые инновационные лекарственные разработки более эффективны, чем лекарства, выпущенные ранее, поскольку могут лечить больше онкологических заболеваний. Тем самым увеличивается и количество пациентов, которым можно спасти жизнь за счет новых лекарств, что приводит к увеличению средней стоимости лечения. Хороший пример — препарат герцептин. Если раньше он применялся только для лечения рака молочной железы, то сегодня доказана его эффективность и при раке желудка.

Записала АННА ГЕРОЕВА

«ПРОГРЕСС В НАУКЕ — ЭТО РАСХОДЫ ДЛЯ ГОСУДАРСТВА ИЛИ ПРОДЛЕНИЕ ЖИЗНИ ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ?» Онкологическая фармакология сейчас стремительно развивается. И компания Roche — один из флагманов этого развития, многие ее препараты не имеют аналогов. Глава российского представительства компании Милош Петрович рассказал SR, как разрабатывают инновационные препараты и почему они не всегла доступны поссийским пациентам ные препараты и почему они не всегда доступны российским пациентам.



МИПОШ ПЕТРОВИЧ ГЛАВА РОССИЙСКОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА КОМПАНИИ ROCHE

SOCIAL REPORT: Roche мировой лидер в производстве инновационных препаратов для лечения онкологических заболеваний. Ваша компания активно участвует в программах государственного обеспечения лекарствами онкологических больных, препараты Roche включены в программу «Семь нозологий». Вы можете оценить, насколько российские пашиенты вообще обеспечены инновашионными препаратами?

МИЛОШ ПЕТРОВИЧ: Это зависит от препарата и от про-

граммы. Вот упомянули «Семь нозологий» — государство финансирует ее более или менее прилично. В результате по этой программе сейчас обеспечено 65-70% нуждающихся. Оставшиеся 30-35% — это новые больные. Предположим, в некоем регионе зарегистрировано 50 больных с лимфомой. Под этих 50 человек и закупается препарат на полгода. Допустим, что в течение этих шести месяцев заболели еще пятеро. Так вот эти пятеро смогут получать лекарства только со второй половины года. То есть снабжение пациентов не стопроцентно идеально, но близко к идеалу. Тут все хорошо.

А что касается остальных онкологических заболеваний, не входящих в «Семь нозологий», то доступность инновационных препаратов больным держится где-то на уровне 10-20%. А остальные 80-90% нуждающихся этих лекарств не получают.

SR: Вы говорите конкретно о тех, кто получает инновационные препараты от государства, или обо всех, кто получает лечение?

М. П.: В России почти все пациенты, получающие инновационные лекарства от рака, получают их от государства. Лишь немногие российские пациенты могут себе позволить покупать такие лекарства за собственные средства. Ведь год активного лечения рака стоит около \$50-150 тыс. в зависимости от типа лечения

SR: Сейчас, когда государство закупает необходимые лекарства в гораздо большем объеме, чем это было десять лет назад, делается ли акцент на самых новых пре-

М. П.: Это распространенное заблуждение, что самое новое лекарство — самое лучшее и самое необходимое. Если говорить конкретно про онкологию, очень редко бывает так, что назначается лишь один препарат, обычно это комбинация. Одна химиотерапия убивает 95% раковых клеток. Но, к сожалению, через полгода-год клетки могут развивать устойчивость, и у пациента снова появляются метастазы. Нужно делать новую химиотерапию, с использованием других препаратов. В арсенале врачей сейчас достаточно много лекарств. Стоимость их разная, но, на мой взгляд, все они в процессе лечения должны быть доступными для пациента.

Кроме того, новый препарат совсем не обязательно поможет каждому пациенту. Для эффективного лечения необходима точная диагностика. Только у одного рака молочной железы сегодня известно порядка десяти разновидностей. И для каждого из них существует отдельная схема лечения, доказавшая свою эффективность

SR: Вы сейчас говорите о персонализированной медицине? М. П.: Нужно понимать, что такое персонализированная медицина. Раньше было так. Вы, предположим, изобрели новую молекулу для лечения рака молочной железы. Проводите клиническое исследование и даете ее всем пациентам. Это лекарство показывает прекрасный результат у 5% всех больных, еще у пяти хороший ответ и еще у пяти ответ неплохой, а у остальных 85% пациентов эффекта нет. И в таком случае вам говорят: «ОК, эти 5% пациентов или 15% отреагировали хорощо, но препарат в принципе не показал достаточной эффективности, и работу над ним мы закрываем». Теперь с развитием молекулярной биологии мы понимаем, что существует причина, почему эти 5% пациентов прекрасно отреагировали на лечение. Оказывается, причина заключается в наличии и структуре определенных рецепторов, генов или ферментов, например CET, MET, HER2, HER3, EGFR. И чем больше мы понимаем биологию опухолевых клеток, тем больше мы можем сосредоточиться на конкретном механизме их размножения и попытаться остановить этот процесс. Смысл персонализированной медицины в онкологии заключается именно в этом — в понимании характеристики конкретной опухолевой клетки конкретного человека и создании препарата, который действует именно на этот рецептор или фермент, от которого зависит рост раковой клетки. Это позволяет обеспечить гораздо более эффективное лечение онкологи-

SR: А можете привести пару примеров?

М. П.: Например, герцептин — это хороший пример. Есть так называемые HER2-рецепторы (рецепторы эпидермального фактора роста второго типа). Если количество этих рецепторов на поверхности опухолевых клеток (это касается рака молочной железы или рака желудка) достаточно велико, то антитела — молекулы герцептина реагируют на эти клетки и убивают их. Но для применения герцептина надо сначала определить HER2-статус. Причем этот же статус влияет на прогноз лечения конкретного больного. Если HER2-статус положительный (на поверхности раковой клетки много HER2-рецепторов) это означает плохой прогноз, опухоль растет и метастазирует быстрее. Но сейчас, с учетом того что появился препарат, который действует именно на эти рецепторы, наличие положительного HER2-статуса считается благоприятным прогнозом, конечно, если проводится лечение герцептином.

Теперь, что интересно, HER-рецепторов существует целое семейство — 1, 2, 3, 4. И мы видим, что в некоторых случаях применения герцептина заболевание все равно прогрессирует. Лекарство не всегда может повлиять на деление раковых клеток из-за ранее неизвестных механизмов опухолевого роста. Исследования этой проблемы позволили определить роль HER3-рецептора, и сегодня мы можем блокировать сигнал этих рецепторов нашим новым препаратом пертузумабом. Если герцептин с пертузумабом назначаются вместе, они перекрывают оба пути роста опухоли, что в значительной степени повышает шанс эффективного лечения.

SR: Получается, что за последнее время достигнут значительный успех в эффективности лечения рака. Так ли это? **М. П.:** Когда я учился в мединституте, то на курсе хирургии в 1987-1988 годах нам рассказывали, что средняя ожидаемая продолжительность жизни пациента с раком толстой кишки была три-четыре месяца, полгода — максимум, это было 20 лет назад. Теперь если пациент с этим заболеванием живет меньше двух лет, это значит, что лечение просто неадекватное или человеку крупно не повезло. Первый препарат химиотерапии был применен в 1950х годах в Америке, то есть прошло лишь 60 лет с того момента, как вообще появилась идея, что рак можно лечить какими-либо таблетками, инъекциями и инфузиями. Теперь рак молочной железы лечится больше чем в 50-70% случаев, а на ранних стадиях — в 90%.

SR: Я так понимаю, последний прогресс связан с расшифровкой генома человека?

М. П.: Не совсем. Тут дело в расшифровке клеточных механизмов, того, что мы называем биологией рака. В онкологии прежде всего смотрят, чем отличается клетка рака от нормальной. Что такое рак? В одной клетке что-то происходит, и она начинает бесконтрольно делиться. Иммунная система при этом ее не уничтожает, или иммунной системе не хватает сил, чтобы ее уничтожить. Затем к опухоли присоединяются сосуды, которые ее питают, она растет, потихоньку уничтожает все вокруг себя, внедряется в мозг. кости, легкие.

Наша цель — остановить это деление, вернуть клетку в нормальное состояние. Есть разные механизмы на клеточном уровне, которые сейчас исследуются. Например, чтобы расти, опухоль нуждается в крови. Она начинает выделять белок VEGF, который вызывает рост сосудов, питающих опухоль. Сегодня есть лекарства, которые блокируют этот фактор, и сосуды в опухоли либо не развиваются, либо делают это медленнее. Фактически лекарство действует не на раковую клетку, а на продукт ее жизнедеятельности, то есть на VEGF, но за счет этого останавливается рост опухоли.

В раковой клетке существуют тысячи механизмов деления, и, блокируя один или два, мы можем эту клетку убить. Но клетка, поскольку это система адаптивная, может стать невосприимчивой к лекарству и расти дальше за счет каких-то других механизмов

Мы стремимся заранее понять, какая клетка опухоли будет реагировать на лекарство, а какая нет. Вот в этом и состоит смысл персонализированной медицины в онкологии. **SR:** Сколько вообще таких персональных особенностей раковой клетки сейчас поддается диагностике?

М. П.: У нас в активном исследовании находится порядка 400 факторов. Мы проводим диагностику, но если нет лекарства, то большой пользы для лечения пока от этой диагностики нет. Она проводится для того, чтобы определить влияние разных ферментов и рецепторов и создать лекарство под конкретную ситуацию.

Есть положительные результаты. Например, это злокачественная меланома, одна из самых агрессивных опухолей. У 50% пациентов в клетках этой опухоли присутствует мутация гена BRAF. Сегодня найдено лекарство, эффективно воздействующее на этот вид рака. Наш препарат ингибирует выработку белка, закодированного этим геном, и пациенты живут два-три года без признаков заболевания, что было невозможно еще несколько лет назад. Сейчас эти препараты проходят клиническое исследование.

SR: А в России люди, которые лечатся от рака, могут гденибудь пройти диагностику для персонализированного инновационного лечения?

М. П.: Зависит от уровня сложности диагностики. Анализ на HER2-статус опухоли делают больше чем в 90 центрах по всей России — практически в каждой республике, крае, области. Некоторые другие факторы, не такие частые, исследуют так называемые референсные лаборатории. Такая лаборатория может быть одна на федеральный округ

С 2000 года Roche в России инвестирует десятки миллионов долларов в развитие диагностической базы, чтобы диагностика была доступна для пациентов. Для пациента такое обследование бесплатное, хотя это и не входит в государственное финансирование.

Диагностика напрямую влияет на успех лечения. Например, если у опухоли определяется HER2-положительный статус, тогда пациентка нуждается в терапии герцептином для лечения рака молочной железы. Если же HER2рецепторов мало, то она вообще не нуждается в герцептине. Это помогает не только эффективно лечить рак, но и оптимизировать затраты на лечение.

SR: Сейчас некоторые компании говорят о выходе на рынок так называемых биоаналогов уже существующих лекарств. Правильно ли предполагать, что эти препараты будут более доступными?

М. П.: Это очень серьезный вопрос. Биоаналоги уже приходят в Россию, но норм по регистрации этих препаратов еще нет. Чтобы было понятно, приведу такой пример. Представьте себе, что фабрика, которая всегда производила велосипеды, решила на своих мощностях сделать самолет. Согласились бы вы полететь на таком самолете? Производство аспирина или даже интерферона настолько же проще производства противоопухолевых антител, насколько производство велосипеда проще производства самолета. Сравните: в интерфероне порядка 165 аминокислот, а тут их в сотни раз больше. В такой сложной трехмерной структуре молекулы антитела очень много возможностей для ошибки, каждая из которых способна повлиять на эффективность и безопасность препарата

Вот хороший пример: маленькая американская компания Хота разработала новое антитело и спокойно провела первые две фазы клинических исследований. Для третьей фазы нужны были большие объемы. И они договорились с компанией Genentech (американское подразделение компании Roche и мировой лидер в производстве терапевтических антител), которая взяла на себя уже крупномасштабное производство. И вот получается, что у препарата, который сделали в Genentech, некоторые фармакокинетические параметры оказались даже лучше, чем у препарата оригинального. Но потом, когда началось исследование на конкретных пациентах, эффективность оригинального антитела была выше. То есть оригинальный производитель всего лишь взял свои технологии и отдал в другую компанию, просто чтобы увеличить масштабы производства, и уже получился совсем другой препарат. Поэтому биоаналоги должны проходить клинические исследования точно так же, как и новые препараты. Такой препарат нельзя считать аналогом до тех пор. пока исследования не покажут, что на всех пациентов он действует так же, как и оригинальный препарат.

Интервью взял ВЛАДИМИР КИРИЛЛОВ

ОБЩЕСТВЕННОЕ САМОЛЕЧЕНИЕ Участники четвертого ежегодного форума «Движения против рака», прошедшего в Москве в феврале, обратились к президенту Дмитрию Медведеву с просьбой поручить органам власти разработку национальной стратегии снижения смертности от онкологических заболеваний. По их мнению, необходимость такой стратегии назрела: из-за несвоевременного оказания медпомощи в России от рака ежегодно умирает 300 тыс. человек. АНАГЕРОЕВА



московском отеле «Ренессанс Монарх Центр» в четвертый раз прошел ежегодный форум «Движения против рака». Сотни его участников обсуждали проблемы тяжелобольных людей. Проблем у больных немало. Недостает лекарств, врачей, люди умирают, не дождавшись, когда подойдет их очередь на дорогостоящую операцию. В дни проведения форума его участники открыто и много говорили обо всех этих проблемах. «Движение против рака» создано бывшими больными. Наталья Шестакова — одна из таких. В прошлом — тяжелобольная, сейчас — председатель координационного совета межрегионального общественного «Движения против рака», Наталья смущается пристального внимания корреспондентов и уверяет, что каждый способен избавиться от болезни. «Когда мне сказали, что я больна, я растерялась, почувствовала себя одинокой, и от этого болезнь только усугублялась. Но потом узнала, что есть такое движение, я туда пришла, стала действовать, стала интересоваться, выяснила, что избавиться от болезни все же можно. Знали бы вы, как помогает жить ощущение способности помогать другим людям. И эта возможность появилась у меня тогда, когда я вступила в общественную организацию», — говорит Наталья, теребя кончиками тонких пальцев шарф. Движение, по словам Натальи Шестаковой, создано затем, чтобы привлечь внимание общества, власти к проблеме недостаточной доступности высокотехнологичных, в том числе инновационных, методов диагностики и лечения больных, а также информировать общество о необходимо-

ОБЩЕСТВЕННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРИЗВАННЫЕ ПРИВЛЕЧЬ ВНИМАНИЕ ОБЩЕСТВЕННОСТИ К НЕОБХОДИМОСТИ БОЛЕЕ ВНИМАТЕЛЬНО ОТНОСИТЬСЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ, ПРОХО-ДЯТ ВО ВСЕМ МИРЕ, И АРЕНОЙ ДЛЯ ИХ ПРОВЕДЕНИЯ СТАНО ВЯТСЯ ДАЖЕ ЗДАНИЯ ГЛАВНЫХ ОРГАНОВ ВЛАСТИ

сти ранней диагностики и современных высокоэффективных методах лечения онкологических заболеваний.

На форуме были отмечены и положительные моменты применяемых методов лечения и профилактики онкологических заболеваний. В стране действует национальная онкологическая программа профилактики и ранней диагно-

БЕЛАЯ КНИГА

НАБЛЮДАТЕЛЕЙ Межрегиональное обществен ное «Движение против рака», которое было создано в 2008 году и ведущее сбор информации о фактах отказа в необходимом лечении, представило в феврале «Белую книгу» сборник информации о проделанной работе. С марта 2008 года по декабрь 2010 года в «Движении против рака» было зафиксировано 158 слу-

чаев отказа пациентам в лечении. Информация по каждому факту собиралась с помощью анкет, разработанных совместно с партнерством «Равное право на жизнь». Анкеты (с ней можно ознакомиться на сайте www.rakpobedim.ru) заполняют сами больные. По договорен ности с Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор) «Движение против рака» передает

стики злокачественных новообразований. По официальным данным, представленным Минздравсоцразвития, она уже дала первые плоды. В целом же, по версии Минздравсоцразвития, «напряженность в России, связанная с онкологической ситуацией, стабилизировалась и даже несколько снижается. Так, начиная с 2010 года в два с половиной раза замедлились темпы роста показателя смертности от онкологических заболеваний в РФ — с 1,5% в 2006–2009 годах ло 0.6% в 2010 голу. Впервые с начала реализации национального проекта «Здоровье» снизилась смертность от онкологических заболеваний: за 2010 год — на 0,3%. Кроме того, с 2009 года в стране реализуются мероприятия, на-

в надзорное ведомство заполненные анкеты, а чиновники занимаются решением описанных в них проблем. На сегодняшний день удалось помочь 70% пациентов, заполнивших

ПАВЕЛ СИДОРОВИЧ

СПАСАТЬ ПО-АНГЛИЙСКИ и по-фински

В Европе к мнению обществен ных движений против рака власти более внимательны, нежели в России. К примеру, в Великобритании работает несколько обществ по борьбе с онкологическими заболеваниями. Одно из них — Cancer Research UK. Оно выделяет сотни миллионов фунтов на научные исследования и оплачивает работу 4 тыс. научных

правленные на совершенствование оказания медпомощи онкологическим больным. В 2010 году в половине регионов удалось добиться снижения показателя смертности до 2,1%. Минздравсоцразвития также указывает на то, что в 2009–2010 годах на реализацию мероприятий программы из федерального бюджета было выделено 12,511 млрд рублей. Было создано и оснащено медицинским оборудованием 26 онкологических центров, подготовлено 2069 медицинских специалистов, прирост обследований составил 22.5%.

Выявлять злокачественные новообразования в регионах—участниках онкологической программы стали чаще: по данным за десять месяцев 2010 года — 77,8 на 1 тыс.

и медицинских работников. Эта организация приняла основное участие и разработке таких лекарств, как тамоксифен, герцептин, темозоломид, карбоплатин — олно из наиболее успешных во всем мире лекарств для лечения рака», говорит представитель Cancer Research UK Карина Солловэй Другое британское общество - Macmillan Cancer Support помогает улучшить жизнь людей, больных раком и их

близких, оказывая им медицинскую и финансовую под-держку. В 2009 году эти сестры спасли 451 тыс. человек. Британские общественные органи зации многое делают ради изменения законодательства по медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями. Например, Cancer Research UK лоббировал введение трех общенациональных программ по скринингу рака груди, кишечника и шейки мат-

« I VMPV -

11111111

ВРАЧИ ДЕНЬГИ СЗКОНОМЯТ» Впрочем, по мнению онкологических больных, которые также присутствовали на форуме, все не так хорошо, как рапортуют

Диагноз «рак» ежегодно ставят полумиллиону россиян. и ежегодно от злокачественных новообразований умирает примерно 285 тыс. больных. Такие данные приводит «Движение против рака». Хирургические методы лечения, по словам главы РОНЦ им. Н. Н. Блохина Михаила Давыдова, применимы лишь в 12-15% случаев. А противоопухолевые препараты достаются не всем нуждающимся. «Движение против рака» с середины 2008 года ведет анкетирование онкологических больных, которым было отказано в медпомощи и выдаче лекарств. Таких случаев, как выяснилось по промежуточным итогам анкетирования, в России тысячи. Особенно в регионах. «Часто лекарство. выписанное в федеральном центре, отказываются выписывать в регионе. На отказ назначать инновационные лекарства нам в течение прошлого года жаловались пациенты со всей России, в том числе из Москвы, Петербурга, Башкирии», — говорит исполнительный директор «Дви жения против рака» Дмитрий Борисов

Отказ в безвозмездной выдаче противоопухолевых лекарств — повсеместная проблема. Чаще всего людям отказывали в выдаче лекарств по причине того, что препарат слишком дорогой, на него нет бюджета в связи с кризисом, препарат не включен в список жизненно важных лекарственных препаратов. Любовь Конева из Башкирии рассказывает, что онкологи не выписывают ей рецепт, потому что в аптеках такого лекарства нет, а в аптеке его нет, потому что поликлиника не включает его в заявку. «Мне постоянно хамят врачи, говорят, что из-за меня не могут лечить других больных: все деньги уходят на меня. Чтобы как-то выжить, капаю герцептин, приобретенный за свой счет. Он скоро кончится, денег больше нет. Врачи тянут время. Умру деньги сэкономят»,— говорит госпожа Конева.

От рака страшно не умереть, а умирать, в один голос заявляют больные. Некоторые из них уверяют, что нередко врачи потворствуют беззаконию, заменяют инновационные дорогостоящие противоопухолевые препараты на менее эффективные и порой не самые безвредные аналоги. К примеру, жителю Самары Игорю Петрову, страдающему злокачественной опухолью головного мозга, специалисты рекомендовали терапию темозоломидом. «В московском НИИ имени Бурденко мне рекомендовали темодал. Но самарские онкологи отказались его выписать. Сказали, что достаточно препаратов ломустина, винкристина, натулана. Но по окончании курсов лечения улучшений не наступило. Врачи сказали мне, что если эффекта от этих лекарств нет, то и темодал мне не поможет», — говорит господин Петров.

Пашиентам, страдающим гормонозависимыми онкозаболеваниями, врачи нередко назначают операцию, которой можно было бы избежать. По словам жительницы Орла Агнии Серовой, страдающей первой стадией гормоноположительного рака груди, в онкодиспансере ей посоветовали удалить яичники. «Я пока не родила ребенка, не хотела такой операции, попросила врачей назначить мне золадекс. Но онколог из районного диспансера сказал, что денег для меня нет. И выписывать придется за счет другого больного. Они настаивают на операции, что делать, я не знаю», — говорит Агния

ОБСЛЕДУЮТ ХОРОШО. НО МАЛО Ситуация с лекарственным обеспечением сотрудникам Росздравнадзора известна. Заместитель руководителя этой организа-

ки. В итоге компания добилась того, что программы были приняты. Ежегодно Cancer Research UK организует пятьдесять специальных презентаций для членов папламента министров, где знакомит чиновников с результатами своих исследований и предлагает новые здравоохранительные программы и поправки к законам. Действуют общественные движения против рака и в Финлян дии. Самая крупная из них

Suomen Syopayhdistys ry, cyществующая с 1936 года, сейчас насчитывает 140 тыс. членов. В нее входит 12 провинци альных организаций. Основная цель этой организации — под-держка, реабилитация пациентов и их близких. Общественники этой организации информируют население о раке, его профилактике, последствиях нимательного отношения к своему здоровью. Suomen Syopayhdistys ry оказывает

ции Елена Тельнова объясняет, что для борьбы с онкологическими заболеваниями государство делает действительно много. Так, лечебные учреждения в 2009 году получили новое оборудование для лечения онкологических больных почти на 1 млрд рублей, а в 2010 году — в полтора раза больше. Однако большая часть этого оборудования простаивает. По данным проверок Росздравнадзора, чаще всего в регионах просто нет специалистов, умеющих на нем работать. Следствием этого является недообследование населения на предмет онкологических заболеваний. Исполнительный директор «Движения против рака» Дмитрий Борисов уверен, что пациентов в российских клиниках плохо обследуют: «Нередко врачи не знают, от чего умирают пациенты. Лечат от боли в спине, а на самом деле уже бывают метастазы в костях».

Для того чтобы обратить внимание на эту проблему и как-то изменить ситуацию, «Движение против рака» регулярно проводит акции, акцентирующие внимание на онкологических заболеваниях. Например, в 2008-2009 годах «Движение против рака» провело акции в 18 больницах семи городов России. Было обследовано 3139 человек, у 24 женщин диагностировали рак молочной железы, у 107 человек выявлены доброкачественные новообразования. более 900 отправлены на дообследование. «То есть выявляемость онкологических заболеваний в рамках наших акций значительно превысила среднестатистические показатели», — говорит господин Борисов.

Такая акция не единственный способ привлечь внимание властей, общественности и самих пациентов к проблемам. связанным с онкологическими заболеваниями. «Движение против рака» выступает инициатором принятия важных документов в этой сфере. Например, в прошлом году, по итогам третьего форума «Движения против рака» президенту России Дмитрию Медведеву направили обращение с просьбой включить в подпрограмму «Онкология» раздел «Рак молочной железы». Участники форума просили президента выделить средства на обеспечение больных пациенток новыми дорогостоящими лекарственными препаратами. К сожалению, желаемого результата достичь не удалось. Из Минздравсоцразвития ответили, что примут к сведению данные и обязательно увеличат финансирование лечения женщин, страдающих раком молочной железы. «Прошел год с момента отправления этого письма, а адекватную медпомощь в лечении этого заболевания получают только 15% россиянок», — констатирует Дмитрий Борисов.

Олнако несмотря ни на что. «Движение против рака» не отклоняется от выбранного курса. Итогом четвертого форума вновь стало обращение к президенту. На сей раз участники просят инициировать разработку национальной стратегии снижения смертности от онкологических заболеваний, которая затрагивала бы все аспекты борьбы с онкологическими заболеваниями: профилактику, раннюю диагностику, хирургию, лекарственное обеспечение, высокотехнологичную медпомощь и реабилитацию. Эта стратегия подразумевает в первую очередь развитие научных исследований для новых инновационных препаратов, локализацию производства инновационных лекарственных препаратов на территории России. «Все эти меры в комплексе помогут максимально сократить время от постановки диагноза до начала лечения»,— уверен Дмитрий Борисов.

Какой будет реакция высших чинов государства на предложения членов «Движения равного права на жизнь», станет ясно скоро. Пока Минздрав заявлений по поводу новой инициативы общественной организации не делал, хотя положительно оценивает работу таких общественных движений. «Работа таких организаций, как "Движение против рака", во многом помогает пациентам, больным онкологическими заболеваниями. Люди смотрят на проблему рака по-новому, начинают бороться с проблемой сообща. Это положительный момент».— заявил главный онколог Минздравсоцразвития Валерий Чиссов на пресс-конференции в Москве 3 февраля.

финансовую поддержку поликлиникам и лабораториям, выделяя деньги на научные исследования. Организация финансируется через благотвори тельную деятельность, завещания, кампании, членские

личный опыт



ЕЛЕНА АРТЕМКИНА,

ЖУРНАЛИСТ

ИНФОРМАЦИОННОЙ ВЗАИМОПОМОШИ

Всегда думала, что забота о здоровье только в наших руках. Страховку для ребенка покупала еще до его рождения, потом обеспечивала ему медицинское обслуживание с первых дней жизни. Но когда сыну было три года и он заболел краснухой, а лечащий врач стал говорить о каких-то своих личных проблемах и в течение недели к нам так и не приехал, в страховой медицине для ребенка я разочаровалась. С тех пор пользуюсь услугами педиатра из городской поликлиники (разные справки требуются постоянно), а специалистов ищу по «сарафанному радио». Оказывается и в наше время это самый лучший способ найти грамотного врача. Естественно, плачу таким специалистам за каждый прием из собственного

кармана. Но за пять лет убедилась, что такая медицина самая лучшая: мне удалось избежать операции, которую рекомендовали специалисты в частных и государственных поликлиниках. Ребенок живет нормальной, полноценной жизнью восьмилетнего школьника.

В отношении своего здоровья я была более консервативной — 15 лет пользовалась услугами страховой медицины: страховка от предприятия плюс расширение страховых услуг за счет собственных средств. За это время количество обращений к врачу можно было сосчитать на пальцах — в основном это ежегодные обследования состояния здоровья. Но... летом 2010 года мне был поставлен страшный диагноз — рак. В медстраховке четко оговорено: «Консультация онколога до установления диагноза». Насколько это грамотная формулировка, я поняла несколько месяцев спустя. Ведь подписывая договор, я не думала, что мне будет поставлен диагноз «онкология», думала, что это правильная оговорка и онкологические больные должны страховаться по другому тарифу... В нашей жизни никто ни от чего не застрахован, и, как оказывается, в 40 лет можно стать тяжелобольным...

Сначала, когда я почувствовала некоторый дискомфорт, я обратилась к онкологу, доктору медицинских наук, которая два месяца меня направляла то на одно обследование, то на другое, а потом вскользь сказала, что не знает, что со мной, но при этом посоветовала пропить недешевое лекарство... После такого совета я стала искать специалиста опять через «сарафанное радио». В результате диагноз «рак II степени» и срочная операция. Поняла: страховая медицина направлена на то, чтобы как можно больше денег вытрясти из страховой компании, а значит, из меня. Сейчас трудно сказать, я просто не стала спорить и ругаться, но кто знает, может, если бы мне изначально был поставлен правильный диагноз, я бы избежала радикальной операции и последующих курсов химиотерапии. А так, два месяца врач вытягивала деньги из страховой компании, но в итоге моя страховка прекратила свое действие и операцию делали уже вне ее. Опять же поиски врача и боль ницы. Мне повезло — «сарафанное радио» и здесь мне помогло. Врач был найден, операция проведена. За все я платила из собственного кармана. Операция — это только начало лечения онкозаболевания. Я, наивная, думала, что все мучения позади. Впереди меня ждала химиотерапия. Муж, пока я лежала в больнице, в отличие от меня, многое узнал. К моменту моей выписки продал автомобиль и снял все средства, которые мы копили на строительство дачи. У нас начинался второй этап «отстегивания баксов» везде и всюду. Химиотерапия — высокотехнологичное лечение, правда, до февраля 2011 года оно оплачивалось из федерального бюджета. Мне повезло, последнюю «химию» мне сделали 30 декабря 2010 года. Так что я успела до этих нововведений. Хотя уже в ноябре все больницы в Москве знали о предстоящих изменениях, поэтому отправляли нетяжелых больных по месту жительства. Наверное, мне повезло, «сарафанное радио» отправило меня к химиотерапевту в окружной поликлинике, которая не брала плату за лечение и старалась проводить курсы «химии» своим больным в срок — через 21 день. Такие врачи есть не везде. Больные, которым необходима химиотерапия, платили по 20 тыс, рублей за то, чтобы курс им провели вовремя, так как малейшая задержка инъекций сводит на нет все предыдущее лечение. Сколько химиотерапия стоит официально, никто сказать не может, так как в нашей стране она условно бесплатна, но для того чтобы ее провели в срок, люди вынуждены платить. А если учесть, что в среднем «химии» назначают по шесть курсов, то размер взятки несложно посчитать. Кроме того, для облегчения последствий химиотерапии необходимо пить лекарства, стоимость которых пугает: пять таблеток стоит 6 тыс. рублей. Мне надо было их пить по 20 таблеток после каждого курса, это 24 тыс. рублей. Что сейчас творится в России, после того как химиотерапию отдали на откуп региональным бюджетам, можно только догадываться: у врачей нет лекарств, чтобы делать инъекции, у больных нет денег, чтобы покупать лекарства или хотя бы платить, чтобы они появились у врача. Страна вымирает. Подчас кажется — для того, чтобы нас услышали, в правительстве кто-то должен заболеть раком (прости меня, Господи, за такие грешные мысли!). Но как достучаться до тех чиновников, которые по ходу игры меняют правила? Раньше рак был редкостью, сейчас этот страшный диагноз звучит так же часто, как диагноз «грипп». Но если от гриппа нас приглашают на бесплатные прививки, то лечиться от рака нас вынуждают самостоятельно. И дело не в том, что нам на свое здоровье жалко денег, просто это лечение стоит столько, сколько мы не заработали за всю свою жизнь. Господа иновники, раком болеют не олигархи, а простые люди. И я не могу ради своей жизни продать единственную квартиру, тем самым обрекая своего ребенка на жизнь бомжа. Пока моя семья справляется с поступающими проблемами сама, что будет потом — только Бог знает. Пенсии, которую мне назначило государство, не хватает даже на необходимые лекарства, а бесплатных лекарств, о чем так много говорят, просто нет в аптеках. Я вынуждена все покупать на свои средства. Что мне остается? Завещание? Страхование жизни? Или все-таки власть будет оплачивать в полном объеме мое лечение? Я уверена, я найду в себе силы и сумею победить эту болезнь. Но захочется ли мне потом так же, как до болезни, вовремя платить все налоги и быть честным налогоплательщиком?

БИЗНЕС И ОБЩЕСТВО / МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

личный опыт

ШКОЛЬНАЯ ОПОРА В конце февраля в Москве в библиотекечитальне им. И.С. Тургенева состоялось очередное занятие «Школы пациентов», организованное «Движением против рака». Такого рода мероприятия имеют цель информировать пациентов об их правах, давать психологическую поддержку. АННА ГЕРОЕВА

ЗНАНИЕ — СИЛА «Школа пациентов» — это информационно-образовательные мероприятия, предназначенные для страдающих онкологическими заболеваниями и их родственников. Пациентов очень интересуют и их права, и особенности их заболеваний. Поэтому они стремятся в школу и с нетерпением ждут новых занятий. За последнее время активистами «Движения против рака» организовано 111 «Школ пациентов» в 29 городах России. На занятиях врачи-онкологи, психологи, юристы. представители общественных организаций разъясняют гражданам их права на получение медицинской, правовой и психологической помощи. Это насущные вопросы для каждого онкобольного, а их в России миллионы. Если не все, то очень многие хотят знать больше про свое заболевание и способы борьбы с ним. Активисты «Движения против рака» подсчитали, что за все время существования школ в них приняло участие 3553 человека. Разъяснительные работы активисты движения проводят регулярно. Региональные отделения движения ведут мониторинг жалоб и просьб пациентов.

В день визита корреспондента SR занятия «Школы пациентов» проходили в Москве. Зал библиотекичитальни им. И. С. Тургенева был забит до отказа. Без малого 50 человек в течение трех часов слушали лекции специалистов. Сначала перед собравшимися выступил врач-гематолог, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Гематологического научного центра РАМН Евгений Никитин. Он рассказал присутствующим о хроническом лимфолейкозе. Разъясняя особенности этого заболевания, врач говорил, что это разновидность злокачественной жидкой опухоли крови, характеризуюшаяся аномально высоким содержанием В-лимфоцитов в крови. Злокачественные лимфоциты при заболевании организма не способны больше выполнять свои иммунные функции. И, к сожалению, это необратимый процесс. Хронический лимфолейкоз считается неизлечимым, однако в большинстве случаев развивается медленно. «Многие пациенты ведут нормальную и активную жизнь годами (в некоторых случаях — десятилетиями). Лечение заболевания на ранних стадиях зачастую не ведется в силу существующего мнения о том, что оно не увеличивает шансы на выживание и не улучшает качество жизни», — терпеливо и спокойно говорил господин Никитин. Он говорит это много раз тем больным, которые, узнав о злокачественном новообразовании в своем организме, требуют от врачей немедленного оказания медпомощи. Иногда врачам приходится много времени тратить на то, чтобы донести до больного давно установленную клиническим путем истину: хронический лимфолейкоз, в отличие от опухолей других тканей, врачебного вмешательства на ранних стадиях не требует, развивается медленно. Лечение начинается, как правило, тогда, когда клинические симптомы или анализы крови пациента показывают, что заболевание дошло до той стадии, когда может повлиять на качество жизни пациента. Разумеется, говорят в «Школе пациентов» не только об одном виде рака. Как правило, тему задают сами пациенты, предварительно определив ее на сайте общественного «Движения про-

ОНКОБОЛЬНЫЕ, КОТОРЫЕ ПРАВИЛЬНО ПСИХОЛОГИЧЕСКИ СЕБЯ НАСТРОИЛИ, МНОГИЕ ГОДЫ ЖИВУТ И ДАЖЕ РАБОТАЮТ. И ТЕМ САМЫМ ПРОДЛЕВАЮТ СЕБЕ ЖИЗНЬ



ПРАВИЛЬНЫЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ НАСТРОЙ — ВАЖНЫЙ ФАКТОР ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ. ЧТОБЫ НАУЧИТЬ ПАЦИЕНТА КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОИ ЭМОЦИИ, ВРАЧИ ПРИМЕНЯЮТ СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

тив рака». Практикующие врачи, подготовившись, организуют встречу с больными и на ней информируют участников о современных методах лечения рака, методах диагностики онкологических заболеваний, проводимых для постановки первичного диагноза и в процессе лечения. А также помогают разобраться в принципах проводимого лечения, процедурах подготовки, проведения и последующих действий при диагностических и лечебных процедурах, разъясняют, как себя вести и что делать при возникновении побочных эффектов химиотерапии.

ЖИТЬ НЕ НАДОЕЛО В школе рассказывают и о том, как преодолеть психологический шок, наступающий, когда человек узнает, чем он болен. Врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Центра психического здоровья РАМН Ирина Морковкина призывала собравшихся не замыкаться в себе, а находить

пути выхода из депрессии. В разговоре с корреспондентом SR госпожа Морковкина отметила, что на самом деле в депрессию больные впадают редко, чаще бывает хандра, повышенная чувствительность или же обида на родственников, которые, как часто кажется больным, не уделяют должного внимания заболеванию. «Все, кто заболевает раком, забывают одну важную деталь. От рака можно излечиться, и примеров тому — тысячи. Только больным порой нравится чувствовать себя жертвами, нравится требовать повышенного внимания к себе». — говорит госпожа Морковкина. На лекции же она рассказывала, что наука предлагает все более прогрессивные методы борьбы с онкологическими заболеваниями, на рынок выпускаются новые лекарственные противоопухолевые препараты, которые способны победить рак, если его вовремя обнаружить. И призывала собравшихся ни в коем случае не расценивать болезнь как испытание за какие-то грехи, по-СЛАННОЕ СВЫШЕ, ПОСКОЛЬКУ ЭТО ЛИШЬ ПОНИЗИТ ЭМОЦИОНАЛЬный фон и ухудшит настроение. «Не надо сдаваться психологически, не надо впадать в панику перед скорой смертью. Надо продолжать жить, двигаться, прилагать усилия. Многие онкобольные, правильно психологически себя настроив, многие годы живут и даже работают. И тем самым продлевают себе жизнь»,— подчеркнула врач.

http://image.kommersant.ru/photo/archive/PhotoPassport. asp?LogID=1123351&NodeRef=RDK2MSK%2bNODE% За4996427 Конечно, борьба с заболеванием подразумевает и знание своих прав. Поэтому нередко в работе школы принимают участие и юристы. Разъясняют слушателям правовые и юрилические аспекты, связанные с получением инвалидности, бесплатного лечения, взаимодействия с работолателем, органами социальной опеки, «Все это нало знать, Знание — сила», — говорит Николай Петров из Москвы. Он впервые принимает участие в «Школе пациентов» и уверен, что не зря потратил время. «Сегодня я узнал больше о хроническом лимфолейкозе — я страдаю этим заболеванием, к сожалению. Но получил ответы на большинство вопросов», — говорит пациент Петров. Другие слушатели тоже сочли участие в таких занятиях полезным. У Натальи Крюжевой тяжело болен муж, поэтому она пришла на занятие. «Мне очень понравилась лекция психотерапевта Ирины Морковкиной, — говорит Наталья. — Она права: не надо замыкаться в себе и оставаться наедине с болезнью. Мне кажется, что действительно надо жить. До последнего». ■





ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА
ПЕРЕДОВИКИ ПРОИЗВОДСТВА
СМЕЖНИКИ
ИНВЕСТОРЫ
КОНКУРЕНТЫ
АДМИНИСТРАТИВНЫЙ РЕСУРС



РАК — НАЦИОНАЛЬНАЯ УГРОЗА

Ежегодно в России от рака погибают **300 тысяч человек.** Это население среднего российского города. Большинство из этих смертей можно **предотвратить**.

Объединив усилия, можно спасти тысячи и защитить миллионы людей.

Сегодня рак — это не приговор, а диагноз, с которым можно эффективно бороться благодаря современным технологиям диагностики и лечения, а также информированию граждан о необходимости регулярных обследований.

Круглый стол

24 марта 2011 г.

Москва, деловой центр «Александр-Хаус»



8-800-200-2-200. ПО РОССИИ ЗВОНОК БЕСПЛАТНЫЙ ravnoepravo.ru

PEKJAMA