

Острая тема

«Саботаж» курицей с отрубленной головой

Время движения по инерции – врозь с клиническими фармакологами – для медицинских стационаров ушло...

– Создание формулярного перечня лекарственных препаратов – инициатива Ассоциации клинических фармакологов Санкт-Петербурга. Она же была основана в 2007 г. Рождение профессиональной общественной организации совпало по времени со зрелостью «формулярного вопроса», и мы вскоре его поставили, что называется, ребром. Нами был разработан перечень эффективных и безопасных универсальных ЛС – антибактериальных, нестероидных противовоспалительных, биологических. В свою очередь, тогдашний председатель городского Комитета по здравоохранению подписал распоряжение о формулярной комиссии в составе 30 человек, примерно треть из них составляли клинические фармакологи. Однако эта комиссия ни разу не собралась. Для того чтобы от слов на бумаге перейти к делу, у старого руководства комитета не хватило политической воли. Но теперь, похоже, лёд тронулся. Вице-губернатор Санкт-Петербурга по социальным вопросам Ольга Казанская и председатель Комитета по здравоохранению Валерий Колабутин поддержали пожелание членов Ассоциации клинических фармакологов Санкт-Петербурга «второй раз войти в ту же реку». Глава комитета сам возглавил рабочую группу, которая уже собралась дважды. До конца года прописана «дорожная карта». Сегодня формуляр, несколько лет назад положенный под сукно, переживает ренессанс – список дорабатывается и обновляется.

– Александр Кириакович, зачем ломать голову над составлением формулярного списка, если существует ежегодно обновляемый Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов? Тем более что этот базовый документ начиная с 2015 г. формируется совершенно по новым принципам, как утверждает руководство Минздрава: учитывается оценка доказательной базы эффективности препаратов, а фармакоэкономическая эффективность ЛС, претендующих на внесение в список, сопоставляется с ближайшими аналогами.

– Вот и мои оппоненты удивлённо пожимают плечами: к чему мучиться над созданием формуляра, есть же перечень, берите, пользуйтесь им! Но надо понимать принципиальную вещь. Формулярной системе в РФ, которая ещё до сих пор не сформирована, – более 15 лет, Перечень ЖНВЛП существует меньше 10 лет, но они, как эвклидовы параллели, живут не пересекаясь. А всё потому, что намерения у этих информационно-экономических доктрин разные, соответственно, не совпадают и идеологическое наполнение. Последняя преследует цель регламентировать цены, зарегистрированные на лекарственных препараты, которые, по мнению государства, являются жизненно важными препаратами, и те регламентируются. Складывается уникальнейшая ситуация, аналогов которой в мире немного: государство не выделяет бюджетные средства, чтобы субсидировать закупку ЛС из упомянутого перечня, но вместе с тем считает возможным бесцеремонно вторгаться в рыночную систему экономических взаимоотношений, устанавливая на ЖНВЛП фиксированные цены в коммерческих аптеках.

Ещё одну нестыковку я вижу в оправданиях галопа отпускных цен на препараты, входящие в список жизненно важных, наценка на которые, как уже подчёркнуто, контролируется государством. Они в прошлом году, по данным Росстата, выросли на 8,8%. Руководители федерального Минздрава уверяют, что 60% лекарственных препаратов массового характера и медикаментов для специализированных групп пациентов из этого списка уже изготавливаются на территории РФ. Однако почему задранные цены на лекарства, чьё производство замкнуто на внутренний рынок и не должно «лихорадить» от колебаний курса иностранной валюты, чётко объяснить никто не берётся.



Количество бесполезных, а то и вредных лекарств, заполонивших российский фармацевтический рынок, зашкаливает! Среди авторитетных специалистов, которые, пользуясь всевозможными трибунами, возвышают голос против обращения препаратов, чья терапевтическая эффективность не основывается на принципах доказательной медицины, – главный клинический фармаколог Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, президент Ассоциации петербургских клинических фармакологов, доцент кафедры аллергологии и клинической фармакологии ФПИДПО Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, кандидат медицинских наук Александр ХАДЖИДИС. Он один из немногих, кто не только точно знает, что надо делать, но и уже не первый год действует, объединив вокруг себя единомышленников для создания формулярной системы в Северной столице, в том числе формулярного перечня лекарственных препаратов, согласованного с медико-экономическими стандартами, Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, программой ОНЛС, методическими и клиническими рекомендациями. Как видится с берегов Невы, появление единого «циркуляра», представляющего собой тщательно отобранный список ЛС с доказанной эффективностью и максимально безопасных, послужит гармонизации нормативных документов клиничко-фармакологического и фармакоэкономического анализа, установит шлагбаум перед лекарственным хламом. А помимо того, ещё сэкономит бюджетные деньги.

Смущает меня и такой момент, как ограничительная функция перечня, хотя, как известно, Минздрав не раз заявлял, что он не воздвигает барьеров: если лекарств в техническом документе прописано недостаточно, то теоретически его можно и пересмотреть в сторону увеличения. Но разве любого рода списки-ограничители не создают благодатную почву для коррупции? Обратимся к статье 41 Конституции РФ, которой гарантирована нашим гражданам бесплатная медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счёт средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Следовательно, любое из зарегистрированных у нас лекарств имеет право быть назначенным пациентам, ведь так? Оказывается, вовсе не так!...

Три года назад руководство здравоохранительной отрасли официально поставило в «красный угол» всей основы повышения качества профилактических и лечебно-диагностических мероприятий стандартизацию, а по истечении первого года министр заявила, что мы не работаем по стандартам, хотя у кого-то, наверное, успело сложиться иное ощущение. Позднее за этой противоречивой информацией поступило вполне определённое указание ориентироваться на клинические рекомендации.

– А чем плохи клинические рекомендации? Как считают в Минздраве, они должны быть верховенствующим документом при назначении врачом лекарств.

– К великому сожалению, отечественных клинических рекомендаций в чистом виде немного, «наши» рекомендации не оригинальны, это, как правило, плоды переводов трудов зарубежных. Американских либо европейских врачей. Любителям экзотики предлагается калька с австралийских «руководств к действию». Но есть другая проблема: клинические рекомендации, которые тем не менее множатся и начинают работать в нашей стране, правового статуса не имеют. В отличие от стран Евросоюза, США или Зелёного континента, где протоколы ведения больных разрабатываются профессиональным сообществом и на них в случае чего

можно сослаться в суде. У нас же главным документом, подтверждающим легитимность назначения лекарственного препарата, определена, как это ни странно, инструкция по его применению от производителя. Стало быть, если вас, врачи, угораздило держать ответ перед Фемидой – трясите инструкцией! Если она нарушена, то нарушен закон.

Между тем далеко не единичны случаи, когда один и тот же препарат инструкция по таким-то противопоказаниям запрещает принимать, а клиническая рекомендация, наоборот, разрешает. Так не пора ли навести «инвентаризацию» во всей существующей сегодня разнородной нормативно-организационной документации по рациональному отбору и использованию ЛС, привести к общему знаменателю – единому формулярному списку? Именно его мы и пытаемся создать у себя в Санкт-Петербурге. Ставится двуединая задача – обеспечить стабильность получения лекарственной помощи, оптимизировать выбор и использование фармацевтических препаратов с позиций доказательной медицины, а через это – повысить качество клинических решений.

– Кто же сегодня из здравомыслящих россиян будет противником безальтернативной доказательной медицины! Мало для кого прозвучит откровением, что отечественный фармацевтический рынок наводнён ненужными лекарствами.

– Положение серьёзнее, чем многим кажется. Эксперты исчисляли оборот всех препаратов в России 1 трлн руб., тогда как стоимостная оценка оборота во всём остальном мире выражается 1 трлн долл. На топ-20 лекарственных средств приходится 12,5% всего объёма продаж, и среди них 7 – точно не только бесполезные, но и опустошающие наши карманы на миллионы рублей. Они, как и многие-многие другие, призваны лечить или «профилактировать» придуманные болезни, чтобы обеспечить фармацевтическим концернам нескончаемые баснословные прибыли. Вот есть ли такая болезнь – преддиабет? Да нет, она от лукавого... А возьмём поливитамины, ноотропики или иммуномодуляторы, якобы оказывающие бла-

годава в Петрозаводске. В Карелии действует формулярная комиссия, организованы централизованные поставки ЛС в лечебные учреждения, но отсутствует универсальный лекарственный формуляр. Исходя из сказанного, Санкт-Петербург вполне может стать пионером в создании целостного подхода к лекарственной терапии, когда сформирована формулярная система, основополагающий элемент которой – единый формулярный перечень лекарственных препаратов.

Дело осталось за малым – задействовать административный ресурс. Я не устаю говорить, что каждая крупная клиника должна иметь в своей штатной структуре клинического фармаколога, равно как и каждое лечебное учреждение стационарного типа – свой формулярный список ЛС. Не скажу, что главные врачи откровенно не соглашались, но ведь и движения вперёд порой не происходит!

– Ждёте, что конец тихому противодействию поставит директива Комитета по здравоохранению?

– Начальственная директива – очень важная вещь. «Надавить», чтобы больница составила формуляр, строго по нему закупала лекарства, разработала локальные клинические протоколы, работала по этим протоколам – вот что, по моему разумению, значит включить административный ресурс.

Мы проанализировали в прошлом году, какова укомплектованность клиническими фармакологами медуниверситетов города. Вывели средние цифры – 0,75% для стационарных учреждений. В амбулаторном звене – 0%, ставок клинических фармакологов в поликлиниках у нас нет. А вместе с тем Ассоциация клинических фармакологов Санкт-Петербурга одно время не успевала готовить общественных специалистов, иногда по просьбам самих же больниц. Когда же «спецы» приходили в клиники, им назначали зарплату 7,5 тыс. руб. Ну кто за такие деньги будет работать? Понятно, что они разбрелись по коммерческим медицинским структурам.

Полагаю, по-настоящему востребованы мои коллеги будут тогда, когда заработают, как следует, экономические стимулы. Пока в страховой компании нет такого эксперта – клинического фармаколога, то некому прийти в больницу и попенять его руководителю: мол, вы пролечили такого-то пациента с пневмонией за 15 тыс. руб., а можно было потратить сумму вдвое меньшую, и поэтому эту выполненную услугу мы не оплачиваем. Вы же знаете, когда курице голову отрезают, она же этого не знает, и ещё прыгает. Вот и тут наблюдается такая же инерционная составляющая. Надеюсь, что время подчинения инерции безвозвратно ушло, и скоро клиники будут кровно заинтересованы иметь у себя высокопрофессиональных клинических фармакологов на приличных зарплатах.

Беседу вёл
Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото автора.