



МЕДИЦИНА

№2
2014

Оглавление

Плавинский С. Л., Шабалкин П. И.
Клинико-экономическая оценка
применения лекарственного
препарата атозибан при угрозе
преждевременных родов 1

Кильдебекова Р. Н., Дмитриев А. В.,
Федотов А. Л., Саяхов Р. Ф.
Влияние физических тренировок
на психологическое здоровье
больных артериальной гипертензией 13

Нестерова А. В., Краснопольская И. И.
Анализ практики предоставления
бесплатной высокотехнологичной
медицинской помощи в России 19

Калачев Б. Ф.
Кокаин был проклятием нашей
молодости. Наркотики в окопах и
в тылу Первой мировой 44

Международный конгресс
и выставка «Медицинские
учреждения в России:
проектирование, строительство,
оснащение и управление»
13-15 октября 2014 года,
ВК «Крокус Экспо» (Москва) 55

II-я Научно-практическая
конференция "Методические и
организационно-правовые
проблемы деятельности
химико-токсикологических
лабораторий наркологической
службы", 21-22 октября 2014 58

**БЕСПЛАТНОЕ РЕЦЕНЗИРУЕМОЕ НАУЧНОЕ
ИНТЕРНЕТ-ИЗДАНИЕ С ОТКРЫТЫМ ДОСТУПОМ,
ПУБЛИКУЮЩЕЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРИГИНАЛЬНЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ВО ВСЕХ ОБЛАСТЯХ МЕДИЦИНЫ**

Журнал «Медицина»

бесплатное рецензируемое научное интернет-издание
с открытым доступом

№ 2, 2014

Главный редактор

Данишевский К. Д., д. м. н., профессор

Председатель Редакционного совета

Стародубов В. И., академик РАМН

Редколлегия

Андрусенко А. А., к. м. н.

Барях Е. А., к. м. н.

Власов В. В., д. м. н., профессор

Немцов А. В., д. м. н., профессор

Плавинский С. Л., д. м. н., профессор

Савчук С. А., д. х. н.

Тетенова Е. Ю., к. м. н.

Шабашов А. Е., к. м. н.

Редакционный совет

Боярский С. Г., к. м. н.

Гаспаришвили А. Т., к. ф. н.

Новиков Г. А., д. м. н., проф.

Фролов М. Ю., к. м. н.

Ответственный секретарь редакции

Колгашкин А. Ю.

Адрес издания в сети Интернет: fsmj.ru

Свидетельство о регистрации средства массовой информации Эл № ФС77-52280
от 25 декабря 2012 года выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций

© Журнал «Медицина», 2014

Клинико-экономическая оценка применения лекарственного препарата атозибан при угрозе преждевременных родов

Плавинский С. Л.

*ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41,
Email: s.plavinskij@gmail.com*

Шабалкин П. И.

*ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» МЗ РФ, 117198, Москва, ул. Саморы Машела д. 1, Email:
p.shabalkin@gmail.com*

Преждевременные роды являются серьезным жизнеугрожающим осложнением гестации, которое сопровождается высоким риском смерти и развитием других тяжелых осложнений у матери и ребенка. На сегодня для проведения токолитической терапии существует достаточно много терапевтических опций, имеющих доказанную эффективность. Выбор оптимальной терапии во многом основан на профиле безопасности лекарственного препарата, однако в современных экономических условиях кроме эффективности и безопасности, для определения препарата выбора для токолитической терапии следует учитывать и его клинико-экономическую эффективность. Атозибан является эффективным лекарственным препаратом с хорошим профилем безопасности. Проведенный анализ влияния на бюджет уверенно продемонстрировал, что включение атозибана в Перечень ЖНВЛП будет сопровождаться существенной экономией бюджетных средств.

Ключевые слова: атозибан, преждевременные роды, анализ минимизации затрат, анализ влияния на бюджет.

Введение

Преждевременные роды, определяемые как роды до достижения 37 недель беременности, являются исходом 5-12% всех беременностей в промышленно развитых странах.

Преждевременные роды связаны с 75% всех случаев перинатальной смертности, 65% детей, родившихся до 26 недели гестации погибают и только 13% могут дожить до 30 месяца без значимой патологии [1, 2]. Довольно большая часть случаев преждевременных родов предотвратима. Задачей является отсрочка родов до достижения плодом зрелости (т.е., как минимум до 36 недель беременности), однако важным является и удлинение беременности хотя бы на 48 часов, что позволяет успеть применить кортикостероиды, ускоряющие созревание легких и снижающих риск смерти, развития респираторного дистресс-синдрома, церебро-вентрикулярного кровотечения, инфекционных осложнений и некротизирующего энтероколита. Между 22 и 28 неделями каждый день отсрочки родов увеличивает шансы на выживание на 3% [3, 4].

Для токолиза было предложено использовать значительное количество средств, таких как бета-миметики, нитроглицерин, ингибиторы простагландинов, сульфат магния, блокаторы кальциевых каналов и ингибиторы рецепторов окситоцина [5].

Ингибиторы рецепторов окситоцина, к которым относится атозибан, являются безопасными и эффективными средствами отсрочки родов в раннем периоде беременности [6-8], что позволяет предпринять усилия для созревания легких плода и перевести беременную в специализированный стационар для ведения ребенка, если преждевременные роды произойдут.

Данные мета-анализа [9] показывают, что эффективность атозибана в отсрочке родов как минимум на 48 часов по данным рандомизированных, контролируемых исследований с двойным слепым контролем, идентична таковой у бета-миметиков (88,1% против 88,7%, соответственно, $p = 0.910$). Включение исследований более низкого качества не меняло ситуацию достаточно сильно, хотя и немного повышало оценку эффективности атозибана (90.1% против 88.6%, $p = 0.61$). Ввиду отсутствия данных о различиях в эффективности препаратов, в качестве основной экономической модели была выбрана модель минимизации затрат.

Материалы и методы

Анализ минимизации затрат был основан на модели, ранее использованной для оценки экономической эффективности атозибана в Германии [10] и Италии [9]. Предполагалось, что основным положительным эффектом атозибана является его более благоприятный профиль безопасности. Ввиду этого женщины, получающие атозибан, будут меньше находиться в стационаре, что скажется на профиле расходов. В соответствии с указанными выше моделями, было сделано предположение, что в случае отсутствия нежелательных явлений срок, который женщина должна находиться в стационаре получая токолитики, имеет бета-распределение со средним 2,2 дня и минимальными и максимальными сроками – от одного дня до 10. Стоимость одного койко-дня была взята из Генерального тарифного соглашения по г. Санкт-Петербургу, код 462140, «Преждевременные угрожающие роды». Далее была смоделирована ситуация ведения двух тысяч женщин без осложнений и рассчитана средняя стоимость госпитализации на всю когорту. Второй компонент расходов включал в себя оценку стоимости госпитализации в случае, если применение токолитиков приводит к возникновению нежелательных явлений. Было предположено, что в этом случае производится замена токолитика (с бета-миметика на атозибан или наоборот) и длительность госпитализации увеличивается на один день. Третий компонент включал в себя возникновение серьезных нежелательных явлений, таких как боли в сердце и одышка. В этом случае предполагалось, что состояние будет переквалифицировано по более высокому тарифу, 462080, «Сердечно-сосудистые болезни у беременных», а продолжительность

госпитализации увеличится, в среднем, на два дня. Кроме того, также будет проведена замена препаратов. Укорочение продолжительности госпитализации при использовании более безопасных токолитиков было отмечено и в исследовании в Сербии [11].

В качестве альтернативного сценария рассматривались расходы на госпитализацию, если распределение сроков госпитализации описывается бета-распределением со средним сроком госпитализации 12 дней и минимальным и максимальными сроками 1 и 40 дней, соответственно (как указано в Генеральном Тарифном соглашении), причем возмещение проводится по правилам клинко-статистических групп, т.е. до 10 дня возмещение идет по среднему койко-дню, 10-15 дни возмещение фиксировано и с 16 дня возмещение идет по фиксированному тарифу плюс половинная стоимость койко-дня. Для тарифа «Сердечно-сосудистые болезни у беременных» соответствующие показатели были следующими: среднее 14 дней, границы фиксированного тарифа – 12 и 17 дни.

Стоимость терапии токолитиками определялась следующим образом – на основании Приказа Минздрава России от 07.11.2012 N 592н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при преждевременных родах» (Зарегистрировано в Минюсте России 05.03.2013 N 27496) были определены препараты, рекомендованные к применению в Российской Федерации из числа токолитиков, используемых в мире. Таковыми оказались нифедипин, атозибан и гексопреналин. Часто используемые в других странах изоксуприн, фенотерол и ритодрин¹ в данном документе не указаны (как и ингибиторы простагландинов [5]). Хотя в Методическом письме «Преждевременные роды» («Письмо Минздравсоцразвития РФ от 16.12.2011 N 15-4/10/2-12700 «О направлении методического письма "Преждевременные роды"»), а также Приказе Минздрава «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)"» №572н от 01/11/2012² указывается на возможность использования нифедипина в качестве токолитика, данная возможность моделироваться не стала, поскольку в показаниях к применению нифедипина у зарегистрированных в Российской Федерации препаратов токолиз не указан, наоборот, отмечается, что «назначение нифедипина беременным после 20 недель показано только в том случае, если предполагаемая польза для матери, превышает потенциальный риск для плода, при неэффективности другой проводимой терапии³» или просто отмечается, что беременным

¹ Ритодрин был изъят с рынка США

² Документ прошел регистрацию в Минюсте, однако при его принятии имеются некоторые проблемы со сроками опубликования: согласно п. 9 Указа Президента РФ от 23.05.1996 N 763 (ред. от 02.02.2013) "О порядке опубликования и вступления в силу актов Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти", нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти подлежат официальному опубликованию в "Российской газете" в течение десяти дней после дня их регистрации, а данный порядок прошел регистрацию 02/04/2013, а опубликован был 25/04/2013, поэтому его нормативно-правовой характер не вполне определенный.

³ Инструкция по применению препарата нифедипин производства ОАО Валента Фармацевтика (<http://gsls.rosminzdrav.ru/Instrlmg.aspx?idReg=10779&t=478c903c-a1c8-4f78-8c38-b84c9470b8c0&isOld=1>) и инструкция по применению препарата нифедипин производства ООО Озон

нифедипин противопоказан⁴. В таких условиях назначение нифедипина для токолиза (т.е. для пользы плода) может быть трактовано, как оказание медицинской услуги не соответствующей требованиям безопасности, тем более, что существуют данные, что индуцированный нифедипином токолиз не дает более благоприятных исходов для плода в сравнении с плацебо [12], хотя данные и не вполне однозначны [13]. Вместе с тем, при наступлении негативных последствий (нежелательных явлений) в существующей правовой ситуации это может явиться причиной для удовлетворения иска о компенсации нанесенного вреда, тем более, что в упомянутом выше стандарте не указано, что нифедипин должен использоваться именно для токолиза.

Соответственно, в существующей ситуации единственным альтернативным токолитическим препаратом является гексопреналин, стоимость которого была взята из Государственного реестра цен ЖНВЛП по состоянию на 28/03/2014. Стоимость была переведена в стоимость за один микрограмм и перемножена со средней курсовой дозой, взятой из Стандарта специализированной помощи при преждевременных родах (Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 592н). Из этого же документа была взята средняя курсовая доза атозибана. Стоимость атозибана была принята равной 120 евро за 5-мл флакон (7,5 мг/мл, данные компании-производителя). Стоимость переведена в рубли по курсу ЦБ РФ на 28/03/2014. В качестве второго сценария (при включении атозибана в реестр ЖНВЛП) была использована зарегистрированная цена препарата в Германии и Турции, составляющая 96,88 евро за 5-мл флакон (7,5 мг/мл). Стоимость курса определялась произведением стоимости мг препарата на среднюю курсовую дозу. В случае возникновения осложнений и необходимости смены препарата, предполагалось, что женщина получает половину средней курсовой дозы препарата, вызвавшего нежелательные явления и затем полную курсовую дозу альтернативного препарата.

Данные по частоте нежелательных явлений при сравнении терапии атозибаном и бета-миметиками (к которым относится гексопреналин) были взяты из мета-анализа Wex и соавт. [10] и приведены в таблице 1. Рассматривались суммарно нежелательные явления по всем бета-миметикам, поскольку согласно Кохрановскому обзору недостаточно данных, чтобы считать, что у них разный профиль безопасности [14].

Вероятность наступления нежелательных явлений, которые приведут к изменению терапии и удлинению срока госпитализации оценивалась как 50% от частоты нежелательных явлений, отмеченных в исследованиях [9, 10]. Она была принятой, соответственно, 37,75% для бета-миметиков (гексопреналина) и 4,85% для атозибана. Вероятность наступления тяжелых нежелательных явлений, которые приведут к увеличению продолжительности нахождения на койке на два дня и изменению коду

⁴ Инструкция по применению препарата нифедипин производства ЗАО Оболенское фармацевтическое предприятие <http://grls.rosminzdrav.ru/Instrlmg.aspx?idReg=11372&t=478c903c-a1c8-4f78-8c38-b84c9470b8c0&isOld=1>

возмещения были оценены как частота возникновения одышки и болей в груди [9, 10] и составили 12,1% для бета-миметиков и 1,4% для атозибана.

Таблица 1. Частота нежелательных явлений (НЯ) на фоне токолитической терапии бета-миметиками и атозибаном, данные плацебо-контролируемых РКИ с двойным слепым контролем [10].

Нежелательные явления	Частота НЯ		ОР	95% ДИ	p
	Атозибан	Бетамиметики			
Тахикардия	5,50%	75,50%	0,07	0,05-0,11	<0,001
Ощущение сердцебиения	2,20%	15,60%	0,15	0,07-0,30	<0,001
Рвота	6,90%	21,80%	0,31	0,21-0,48	<0,001
Головная боль	9,70%	18,60%	0,52	0,35-0,76	<0,001
Гипергликемия	6,40%	12,40%	0,53	0,38-0,85	0,008
Дрожь	1,40%	15,90%	0,09	0,04-0,22	<0,001
Тошнота	11,90%	15,90%	0,75	0,52-1,08	0,121
Одышка (*)	0,30%	7,30%	0,07	0,02-0,30	<0,001
Боль в груди (*)	1,10%	4,80%	0,22	0,08-0,65	0,006
Гипокалиемиа	0,80%	6,50%	0,15	0,05-0,45	<0,001
Гипотензия	3,30%	5,70%	0,59	0,29-1,16	0,127
Тревога	1,10%	2,40%	0,46	0,15-1,48	0,195
Обморок	0,60%	0,50%	1,02	0,17-5,98	0,984
Отек легких	0,30%	0,50%	0,6	0,08-4,45	0,614
Ишемия миокарда	0,00%	0,30%	0,34	0,01-8,30	0,509
Тахикардия плода	3,30%	27,70%	0,13	0,07-0,26	<0,001

Примечание. Жирным шрифтом выделены НЯ для которых наблюдались достоверные отличия между атозибаном и бета-миметиками; ОР – отношение риска, ДИ- доверительный интервал.

Все другие расходы, кроме стоимости препаратов (и длительности госпитализации) были признаны не различающимися между сравниваемыми режимами [9, 10], включая стоимость мониторинга токолиза, ведение преждевременных родов и т.п. и все эти расходы уже включены в стоимость госпитализации.

Анализ проводился в системе SAS (SAS Institutes Inc., Cary, NC, USA), версии 9.0 с модулем анализа принятия решений. Было построено дерево решений, имевшее две альтернативы – назначение атозибана или гексопреналина. Решение о назначении препарата вело к узлу случайного события, имевшему три исхода – токолиз без нежелательных явлений, нежелательные явления, связанные с удлинением госпитализации на день и нежелательные явления, связанные с удлинением госпитализации на два дня и изменению кода КСГ. Далее в модель были внесены описанные выше вероятности и стоимости. Результатом анализа модели являлись ожидаемые расходы.

Для анализа влияния на бюджет были использованы следующие подходы:

1. На основании данных государственного статистического учета определено усредненное число преждевременных родов в Российской Федерации;
2. Поскольку токолиз рекомендуется проводить не позднее 34 недели [15] было установлено, какой процент преждевременных родов проходит при сроке ранее 34 недель [16];
3. Поскольку стандартами предусмотрено назначение атозибана и гексопреналина в равных пропорциях (0,2 и 0,2) было установлено число женщин, которые должны были бы получать атозибан в настоящих условиях и соответствующая этому стоимость терапии по результатам описанной выше модели;
4. Определена экономия средств бюджета от включения атозибана в Перечень ЖНВЛП с соответствующим снижением его цены;
5. Определена экономия средств бюджета от замены после включения атозибана в Перечень ЖНВЛП гексопреналина на атозибан (в качестве препарата первой линии).

Результаты и обсуждение

Базовая модель анализировала затраты при лечении атозибаном/бета-миметиком при условии сохранения нынешних цен на атозибан и их снижения в результате включения в Перечень ЖНВЛП при условии разной продолжительности госпитализации – 2,2 дня в среднем (опубликованные модели) и 12 дней (по КСГ). Основные результаты анализа базовой модели приведены в таблице 2.

*Таблица 2. Результаты анализа минимизации затрат (на пациентку). * - оценка стоимости госпитализации по койко-дню; + - оценка стоимости госпитализации по КСГ*

Цена атозибана	Ожидаемая средняя продолжительность госпитализации, дни	Атозибан	Бетамиметик	Разность А-Б
Нынешняя	2,2 *	18419	18150	269
	12 +	37214	36688	526
Сниженная	2,2 *	16222	17019	-797
	12 +	35016	35557	-541

Как видно в таблице, в нынешних условиях, несмотря на более благоприятный профиль безопасности, стоимость использования атозибана оказывается немного, но выше, чем бета-миметиков. При этом следует отметить, что, учитывая тот факт, что атозибан включен в Стандарт лечения, это означает потери для бюджета, поскольку его использование предполагается, а он оказывается не минимизирующим расходы. Вместе с тем, при

включении препарата в Перечень ЖНВЛП со снижением цены до уровня Германии и Турции – стратегия назначения атозибана начинает приводить к снижению расходов на ведение преждевременных родов.

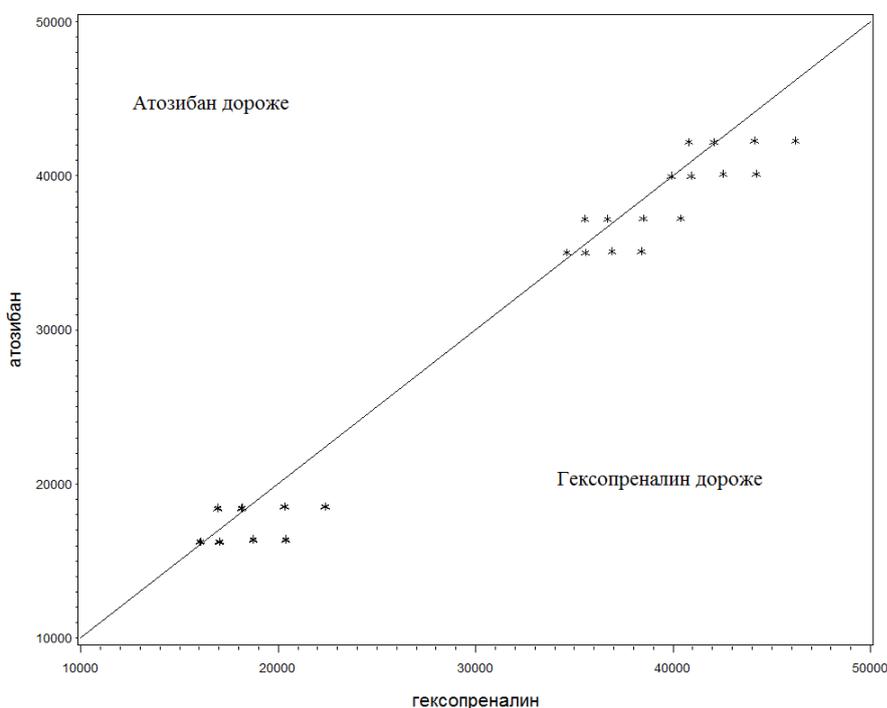
Для анализа чувствительности модель была с использованием следующих допущений относительно безопасности препаратов:

- 1) Удлинение госпитализации требуется 100% лиц, у которых наступили нежелательные явления (против 50% в базовом случае);
- 2) Частота осложнений при терапии бета-миметиками на 20% ниже, чем обнаруженная в РКИ (в базовом случае равна таковым в РКИ).

Кроме того, были проанализированы затраты при оплате за койко-день и по КСГ.

Всего было получено 32 комбинации исходных параметров. Результаты анализа приведены на рис 1.

Рисунок 1. Соотношение расходов при использовании атозибана и гексопреналина по 32 сценариям при анализе чувствительности.



Анализ чувствительности показал, что 62,5% всех возможных сценариев указывают на меньшую стоимость лечения атозибаном в сравнении с бета-миметиками. Наиболее важными показателями, определявшими разность стоимостей была стоимость атозибана (только в 4 из 16 сценариев стоимость терапии атозибаном была выше, чем бета-

миметиками – при сочетании допущений о том, что удлинение госпитализации требовалось лишь 50% лиц с нежелательными явлениями и частота осложнений терапии бета-миметиками на 20% ниже, чем в РКИ – и то разность составляла 83-383 рубля). Строго говоря, учитывая малую вероятность справедливости таких допущений, можно считать, что при включении в Перечень ЖНВЛП атозибан будет приводить к экономии бюджетных средств.

Очевидно, что также большую значимость оказывало влияние осложнений на продолжительность госпитализации. Если длительность госпитализации увеличивалась для всех лиц, у которых возникали осложнения, то стратегия назначения атозибана приводила к снижению расходов бюджета при всех других возможных комбинациях переменных. В случае же, если удлинение госпитализации требовалось только половине лиц с нежелательными явлениями, назначение атозибана приводило к экономии средств лишь при снижении цены по сравнению с текущей.

В целом по всем комбинациям переменных, оказывалось, что атозибан приводит к экономии средств со средним снижением в 1271 рубль на пациентку и медианой в 1096 руб. 50 коп. Если анализировать данные отдельно в зависимости от цены атозибана, то получается, что при нынешней цене его назначение приводит к среднему снижению расходов на 888 рублей (медиана по всем сценариям – 563 рубля), однако 50% сценариев предполагают, что расходы при назначении бета-миметиков ниже. В случае снижения цены от включения препарата в список ЖНВЛП среднее снижение расходов по всем сценариям в сравнении с бета-миметиками составит 1655 рублей (медиана 1374 рубля) и 75% сценариев указывающих на снижение расходов больше, чем на 230 рублей.

Таким образом, включение атозибана в Перечень ЖНВЛП приведет к уменьшению бюджетных расходов.

Согласно данным Росстата⁵, ежегодно в Российской Федерации отмечается от 60 до 70 тысяч преждевременных родов. Учитывая, что примерно 30% из них наблюдаются в срок свыше 34 недель [16], это означает, что в период с 2009 по 2012 года в стране наблюдалось, в среднем, 19,5 тысяч родов на сроках до 34 недель, когда рекомендуется использовать токолитические препараты. Поскольку Стандартами специализированной медицинской помощи при преждевременных родах установлено, что гексопреналин и атозибан должны применяться в равной пропорции (0,2 и 0,2), соответственно, число женщин, которые ежегодно должны получать атозибан, было оценено в 9,7 тысяч (таблица 3).

Далее, на основе описанной выше модели оценки стоимости терапии при назначении атозибана и бета-миметиков были проанализированы расходы, которые должен нести бюджет в настоящее время. Поскольку атозибан включен в стандарт специализированной

⁵ http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/zdrav/zdr3-5.xls

помощи при преждевременных родах, это означает, что его использование является одним из показателей качества оказания акушерской помощи.

Таблица 3. Результаты анализа влияния на бюджет

Показатель	Оценка	
Число ПВР (тыс.)	19,5	
Число ПВР (тыс.), в которых должен назначаться атозибан	9,7	
Ожидаемая продолжительность госпитализации	2,2 дня	12 дней
Необходимые расходы в настоящее время (руб.)	179'378'036	362'417'843
Расходы после включения атозибана в Перечень ЖНВЛП и снижения цены (руб.)	157'982'003	341'012'070
Изменение в сравнении с нынешней ситуацией (руб.)	-21'396'034	-21'405'773
Изменение в сравнении с нынешней ситуацией, если и бета-миметики будут заменены на атозибан в качестве препарата первой линии (руб.)	-29'157'818	-26'674'436

Согласно пп.2 п. 16 Приказа Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», при проверке соблюдения медицинскими организациями стандартов медицинской помощи оцениваются «полнота назначения лекарственных препаратов», соответственно, предполагается, что атозибан будет использоваться примерно в 20% всех преждевременных родов. Это означает, что в настоящий момент система здравоохранения должна закупать препарат по рыночной цене, а в случае включения его в Перечень ЖНВЛП, эти же объемы закупок будут происходить по фиксированной цене, которая будет ниже существующей в настоящее время. Как видно из таблицы 3, в случае включения препарата в Перечень ЖНВЛП, расходы бюджета сократятся примерно на 21 млн. рублей в год. Обращает на себя внимание тот факт, что в обоих сценариях оценки продолжительности госпитализации, экономия средств оказывается примерно одинаковой. Как было показано выше, при большинстве допущений, стратегия назначения атозибана оказывается более выгодной с точки зрения расходуемых средств, в сравнении с назначением альтернативных токолитиков. Если бета-миметики будут заменены на атозибан в качестве препарата первой линии, это приведет к дополнительному выигрышу еще примерно в 5-8 миллионов в год и общая экономия бюджета составит 27-29 миллионов рублей в год.

Таким образом, включение препарата атозибан в Перечень ЖНВЛП приведет к значительной экономии бюджетных средств.

Список литературы

1. The EPICure study: outcomes to discharge from hospital for infants born at the threshold of viability / K. Costeloe, E. Hennessy, A. T. Gibson et al. // *Pediatrics*. — 2000. — Oct. — Vol. 106, no. 4. — Pp. 659–671.

2. Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. EPICure Study Group / N. S. Wood, N. Marlow, K. Costeloe et al. // *N. Engl. J. Med.* — 2000. — Aug. — Vol. 343, no. 6. — Pp. 378–384.
3. Roberts, D. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth / D. Roberts, S. Dalziel // *Cochrane Database Syst Rev.* — 2006. — no. 3. — P. CD004454.
4. Di Renzo, G. C. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor / G. C. Di Renzo, L. C. Roura // *J Perinat Med.* — 2006. — Vol. 34, no. 5. — Pp. 359–366.
5. Tocolytic therapy for preterm delivery: systematic review and network meta-analysis / D. M. Haas, D. M. Caldwell, P. Kirkpatrick et al. // *BMJ.* — 2012. — Vol. 345. — P. e6226.
6. Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour / D. Papatsonis, V. Flenady, S. Cole, H. Liley // *Cochrane Database Syst Rev.* — 2005. — no. 3. — P. CD004452.
7. An oxytocin receptor antagonist (atosiban) in the treatment of preterm labor: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial with tocolytic rescue / R. Romero, B. M. Sibai, L. Sanchez-Ramos et al. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2000. — May. — Vol. 182, no. 5. — Pp. 1173–1183.
8. Double-blind, randomized, controlled trial of atosiban and ritodrine in the treatment of preterm labor: a multicenter effectiveness and safety study / J. M. Moutquin, D. Sherman, H. Cohen et al. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2000. — May. — Vol. 182, no. 5. — Pp. 1191–1199.
9. Atosiban versus betamimetics in the treatment of preterm labour in Italy: clinical and economic importance of side-effects / J. Wex, A. M. Abou-Setta, G. Clerici, G. C. Di Renzo // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* — 2011. — Aug. — Vol. 157, no. 2. — Pp. 128–135.
10. Wex, J. Atosiban versus betamimetics in the treatment of preterm labour in Germany: an economic evaluation / J. Wex, M. Connolly, W. Rath // *BMC Pregnancy Childbirth.* — 2009. — Vol. 9. — P. 23.
11. Jakovljevic, M. Cost-effectiveness of ritodrine and fenoterol for treatment of preterm labor in a low-middle-income country: a case study / M. Jakovljevic, M. Varjadic, S. M. Jankovic // *Value Health.* — 2008. — Vol. 11, no. 2. — Pp. 149–153.
12. Effect of maintenance tocolysis with nifedipine in threatened preterm labor on perinatal outcomes: a randomized controlled trial / C. Roos, M. E. Spaanderman, E. Schuit et al. // *JAMA.* — 2013. — Jan. — Vol. 309, no. 1. — Pp. 41–47.
13. Nifedipine compared with atosiban for treating preterm labor: a randomized controlled trial / R. Salim, G. Garmi, Z. Nachum et al. // *Obstet Gynecol.* — 2012. — Dec. — Vol. 120, no. 6. — Pp. 1323–1331.
14. Neilson, J. P. Betamimetics for inhibiting preterm labour / J. P. Neilson, H. M. West, T. Dowswell // *Cochrane Database Syst Rev.* — 2014. — Vol. 2. — P. CD004352.
15. Medikamentöse Wehenhemmung bei drohender Frühgeburt / P. Mad, S. Geiger-Gritsch, T. Mittermayr, C. Wild. — Wien: Ludwig Boltzmann Institut fuer Health Technology Assessment, 2009. — P. 55.
16. Преждевременные роды. Клинические рекомендации / Г. Т. Сухих, З. С. Ходжаева, О. С. Филиппов и др. — Москва: ФГБУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2014. — С. 34.

Clinico-economical evaluation of the atosiban use in preterm birth

Plavinski S. L.

North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

Shabalkin P.I.

Federal Scientific and Clinical Centre of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology named after Dmitry Rogachev, Moscow, Russia

Preterm births are serious life-threatening complication of pregnancy which bears a high risk of death and other complications both in mother and child. Today many efficient options exist for tocolysis, that is prolongation of pregnancy necessary to maturation of fetus's lung. Selection of optimal therapy usually done based on effectiveness and safety profile, but in third-payer setting economical aspect of treatment is also important. The cost-minimization analysis and budget impact analysis show that in Russian setting use of atosiban will result in significant savings.

Keywords: atosiban, preterm birth, cost minimization analysis, budget impact analysis.

References

1. Costeloe, K., Hennessy E., Gibson A.T. et al. "The EPICure study: outcomes to discharge from hospital for infants born at the threshold of viability." *Pediatrics* Vol. 106, no. 4. (2000): 659-671.
2. Wood, N.S, Marlow N., Costeloe K. et al. "Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. EPICure Study Group." *N. Engl. J. Med.* Vol. 343, no. 6 (2000): 378-384.
3. Roberts, D. "Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth." *Cochrane Database Syst Rev.* 3 (2006): CD004454.
4. Di Renzo, G. C. "Guidelines for the management of spontaneous preterm labor." *J Perinat Med.* Vol. 34, no. 5 (2006): 359-366.
5. Haas, D.M, Caldwell D.M, Kirkpatrick P. et al. "Tocolytic therapy for preterm delivery: systematic review and network meta-analysis." *BMJ* Vol. 345 (2012): e6226.
6. Papatsonis, D., Flenady V., Cole S., Liley H. "Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour." *Cochrane Database Syst Rev.* 3 (2005): CD004452.
7. Romero, R., Sibai B.M, Sanchez-Ramos L. et al. "An oxytocin receptor antagonist (atosiban) in the treatment of preterm labor: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial with tocolytic rescue." *Am. J. Obstet. Gynecol.* Vol. 182, no. 5 (2000): 1173-1183.
8. Moutquin, J. M, Sherman D., Cohen H. et al. "Double-blind, randomized, controlled trial of atosiban and ritodrine in the treatment of preterm labor: a multicenter effectiveness and safety study." *Am. J. Obstet. Gynecol.* Vol. 182, no. 5 (2000): 1191-1199.
9. Wex J, Abou-Setta A. M, Clerici G., Di Renzo G.C "Atosiban versus betamimetics in the treatment of preterm labour in Italy: clinical and economic importance of side-effects." *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* Vol. 157, no. 2 (2011): 128-135.
10. Wex, J, "Atosiban versus betamimetics in the treatment of preterm labour in Germany: an economic evaluation." *BMC Pregnancy Childbirth.* 9 (2009): 23.
11. Jakovljevic, M, "Cost-effectiveness of ritodrine and fenoterol for treatment of preterm labor in a low-middle-income country: a case study." *Value Health.* Vol. 11, no. 2. (2008): 149-153.

12. Roos, C, Spaanderman M.E, Schuit E. et al. "Effect of maintenance tocolysis with nifedipine in threatened preterm labor on perinatal outcomes: a randomized controlled trial." *JAMA*. Vol. 309, no. 1. (2013): 41-47.
13. Salim, R, Garmi G, Nachum Z. et al. "Nifedipine compared with atosiban for treating preterm labor: a randomized controlled trial." *Obstet Gynecol*. Vol. 120, no. 6. (2012): 1323-1331.
14. Neilson, J. P "Betamimetics for inhibiting preterm labour." *Cochrane Database Syst Rev*. 2 (2014): CD004352.
15. Mad, P, Geiger-Gritsch S, Mittermayr T, Wild C. "Medikamentöse Wehenhemmung bei drohender Frühgeburt." Wien: Ludwig Boltzmann Institut fuer Health Technology Assessment, 2009. Print.
16. Sukhih, G.T, Khodjaeva Z.S, Filippov O.S. et al. "Miscarriage. Clinical Recommendations." Moscow: Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology, 2014. Print.

Влияние физических тренировок на психологическое здоровье больных артериальной гипертензией

Кильдебекова Р. Н., Дмитриев А. В., Федотов А. Л., Саяхов Р. Ф.
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

С целью совершенствования оказания лечебно-профилактической помощи в амбулаторных условиях для больных артериальной гипертензией была применена физическая реабилитация с использованием циклических тренажеров и статико-динамических нагрузок с отягощением. В результате применения физических тренировок у больных с АГ наблюдалось снижение уровня артериального давления, массы тела, улучшение психологического здоровья пациентов и увеличение уровня самоуважения.

Введение

В формировании структуры заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний одной из основных причин является артериальная гипертензия (АГ) и ее осложнения [5]. Артериальная гипертензия до настоящего времени остается наиболее распространенным хроническим заболеванием, увеличивающим смертность и ухудшающим качество жизни. Одной из первоочередных задач современного здравоохранения является проведение эффективных методов первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний [1,2]. У больных с АГ предпосылками успешного лечения является немедикаментозная коррекция негативных поведенческих факторов риска. В развитии сердечно-сосудистых заболеваний существенное значение имеет малоподвижный образ жизни [4]. Недостаточная физическая активность выявляется более чем у 70% мужчин и женщин всех возрастных групп [3]. Важным компонентом немедикаментозной терапии является дозированная физическая нагрузка, при регулярных занятиях физическими упражнениями у пациентов с АГ улучшается функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и качество жизни [6,7].

В последние годы наблюдается увеличение числа лиц с избыточной массой тела, поэтому необходима не только борьба с негативными поведенческими факторами риска, но и увеличение физических нагрузок, что является актуальным и требует дальнейшего развития эффективных программ физической реабилитации у больных АГ на амбулаторном этапе.

Цель исследования

Изучить действие физических тренировок с применением циклических тренажеров и статико-динамических нагрузок у больных артериальной гипертензией на состояние психологического здоровья.

Материал и методы

В проспективное открытое рандомизированное исследование были включены 122 пациента мужского пола с АГ II стадии, среди них мягкая степень ($n=62$) и умеренная ($n=60$), средний возраст составил $37,1 \pm 1,8$ лет и давность заболевания $3,2 \pm 0,2$ года. Диагноз АГ верифицировался в соответствии с рекомендациями РМОАГ/ВНОК (2010).

Критериями исключения из исследования были пациенты с сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца, индексом массы тела более 30 и сопутствующими заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Контрольную группу составили 25 здоровых лиц сопоставимых по полу и возрасту.

Для определения эффективности предложенной нами программы физической реабилитации на поликлиническом этапе для пациентов с АГ были сформированы две группы сопоставимые по возрасту: I группа сравнения ($n=31$) – больные АГ получали антигипертензивную терапию согласно рекомендациям ВНОК (2010), II группа основная ($n=91$) больные с АГ на фоне медикаментозной терапии применяли физические нагрузки. В зависимости от интенсивности нагрузок была подразделена на две подгруппы: II А ($n=44$) – проводили занятия лечебной гимнастики с применением статических нагрузок с отягощением. Упражнения выполнялись в течение 40 минут, вначале в изометрическом режиме, при исходном положении сидя или стоя, с удержанием в вытянутых руках гантелей массой 1-2 кг. Обязательным условием являлось сочетание упражнений в изометрическом режиме с упражнениями в произвольном расслаблении мышц (постизометрическая релаксация) во временном соотношении 1:2 с последующими дыхательными упражнениями продолжительностью 4-6 минут. В подгруппе II Б ($n=47$) пациентам с АГ дополнительно применяли сочетание лечебной гимнастики с механотерапией, для этого использовали циклические тренажеры (ножной вертикальный велоэргометр фирмы Schiller) с последующей ходьбой по тредмилу, продолжительностью 6-8 мин со скоростью 2-3 км/ч с углом подъема 0%. Всем исследуемым пациентам с АГ подбор физических нагрузок проводили индивидуально с учетом степени АГ и толерантности к физическим нагрузкам. Величина нагрузки в среднем составляла 60% от максимальной по ВЭМ, с дальнейшим увеличением до 80% и продолжительность занятий была от 15 до 20 минут. Тренировочный уровень ЧСС определялся как 60% от максимального возрастного пульса. Кардиотренировки проводили 3 раза в неделю в

течение 3 месяцев, в остальные дни пациенты с АГ самостоятельно выполняли упражнения лечебной гимнастики. Контроль за состоянием сердечно-сосудистой системы осуществляли до начала терапии и через 3 месяца по динамике ЧСС и уровню АД. Всем пациентам с АГ проводилось общеклиническое обследование, расчет индекса массы тела (ИМТ), запись ЭКГ на электрокардиографическом анализаторе Schiller. Поведенческие факторы риска оценивали по опроснику ВОЗ CINDI Health Monitor (2008). Психологический статус определяли по уровню ситуативной и личностной тревожности по Спилбергеру-Ханину, уровень самоуважения – по шкале Розенберга.

Индивидуальное информированное согласие на использование материалов обследования в научных исследованиях было получено от каждого обследуемого.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием прикладных программ «Microsoft Excel» и программы Statistica for Windows версии 7.0.

Результаты исследования

Интегральная оценка поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у 122 больных АГ показала, что курили 38 (31,1%), наличие психоэмоционального стресса было у 78 (63,9%), вредные пищевые привычки у 98 (80,3%), малоподвижный образ жизни у 88 (72,1%), избыточная масса тела у 77 (63,1%) лиц. Исходный уровень знаний о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний был низкий, всего 18 (14,7%) больных АГ назвали основной целью лечения гипертонии – снижение риска осложнений, 107 (87,7%) не знали границы нормального уровня АД, низкую физическую активность, как фактор способствующий повышению АД, отметили 20 (16,4%), регулярно вели дневник динамики артериального давления 11 (9%), аппарат для измерения АД имели 42 (34,4%) пациента. Изучение психологического здоровья у лиц с АГ показало высокий уровень реактивной тревожности, который составил $48,4 \pm 2,4$ балла, против контроля $27,4 \pm 1,4$ балла, уровень личностной тревожности соответствовал умеренному – $39,9 \pm 1,9$ балла, отмечался низкий уровень самоуважения по шкале Розенберга $23,7 \pm 1,2$ балла против контроля $30,1 \pm 1,5$ балла.

Результаты курсовых кардиотренировок у пациентов с АГ показали высокую эффективность физической реабилитации в амбулаторных условиях. Выраженность положительной гемодинамики зависела от вида и объема физических нагрузок, так изменения уровня АД и ЧСС покоя были более выражены во II (основной) группе больных с АГ (таблица 1). Систолическое АД в группе сравнения снизилось на $24,2 \pm 1,2$ мм рт. ст., диастолическое АД на $15,5 \pm 0,7$ мм рт. ст., целевой уровень достигнут у 22 (70,9%) исследуемых. Выраженная позитивная динамика АД была у лиц с АГ, которые регулярно занимались физическими упражнениями, так во II А подгруппе систолическое АД снизилось на $27,8 \pm 1,4$ мм рт. ст., диастолическое АД на $18,7 \pm 0,9$ мм рт. ст., целевой

уровень достигнут у 34 (77,3%), во II Б подгруппе на $29,5 \pm 1,4$ мм рт. ст. и $21,5 \pm 1,5$ мм рт. ст. соответственно, целевой уровень АД был достигнут у 41 (87,2%). На фоне проводимой реабилитации с применением физических нагрузок у пациентов с АГ уменьшилось число лиц с избыточной массой тела в I группе на 4 (12,9%), во II А подгруппе на 8 (18,2%) и II Б подгруппе на 11 (23,4%), что свидетельствует о позитивной динамике.

У больных с АГ изучение влияния физических нагрузок на психоэмоциональный статус выявило значимое улучшение, так уровень самоуважения по шкале Розенберга, в I группе увеличился на 28,4 %, во II А подгруппе на 38,1%, и в II Б подгруппе на 44,5%, снизился уровень реактивной тревожности в I группе до $41,4 \pm 1,7$ балла, личностной тревожности до $36,1 \pm 1,7$ балла. II А подгруппе до $40,1 \pm 1,9$ балла и $35,1 \pm 1,6$ балла, II Б подгруппе на $39,4 \pm 2,0$ балла и $34,6 \pm 1,7$ (p<0,01), балла соответственно. Как видно из представленных данных, при проведении физической реабилитации пациентам с АГ наблюдались положительные результаты по гемодинамическим параметрам и уровню психологического здоровья, которые были более выражены при сочетании лечебной гимнастики с механотерапией.

Заключение

Применение физической реабилитации в амбулаторных условиях у больных с АГ позволяет бороться с негативными поведенческими факторами риска, с большей эффективностью добиваться целевого уровня АД и улучшения психологического здоровья по сравнению с изолированной медикаментозной антигипертензивной терапией.

Таблица 1. Динамика гемодинамических показателей у пациентов с АГ на фоне терапии и физической реабилитации

Показатели	Контроль (n=25)	I группа(n=31)		II А подгруппа(n=44)		II Б подгруппа(n=47)	
		до	после	до	после	до	после
САД, мм рт. ст.	$119,3 \pm 5,6$	$161,5 \pm 8,1$	$137,3 \pm 6,8$	$159,4 \pm 8,0$	$131,6 \pm 6,6$	$160,8 \pm 8,0$	$131,3 \pm 6,5$
ДАД, мм рт. ст.	$81,7 \pm 4,1$	$93,7 \pm 4,6$	$78,2 \pm 3,9$	$93,1 \pm 4,5$	$74,4 \pm 3,7^*$	$94,3 \pm 4,7$	$72,8 \pm 3,6^*$
ЧСС в покое	$79,3 \pm 3,9$	$87,3 \pm 4,3$	$81,4 \pm 4,1$	$85,4 \pm 4,3$	$77,1 \pm 3,8$	$86,7 \pm 4,3$	$75,2 \pm 3,7^*$

* при p<0,01 в сравнении с контролем

Список литературы

1. Киселев, А.Р. Профилактика и лечение артериальной гипертонии в амбулаторных исследованиях с использованием мобильной телефонной связи и интернет-технологий / А.Р. Киселев, В.А. Шварц, О.М. Посненкова [и др.] //Терапевтический архив. -2011.-№4. С. 46-52.
2. Ланфан, К. Артериальное давление: каковы наши успехи в его снижении? / К. Ланфан // Терапевтический архив. – 2009. - №5. – С.47-50
3. Остроумова, О. Д. Лечение артериальной гипертонии в условиях поликлиники: клиническая и экономическая эффективность / О. Д. Остроумова, К. А. Ищенко // Consilium medicum . — 2007 . — Том 9, N 5 . — С. 19-24 .
4. Чазова, И.Е. Метаболический синдром / И.Е. Чазова, В.Б. Мычка. – М.: Медиа Медика, 2008. – 76 с.
5. Шальнова С., Кукушкин С., Маношкина Е., Тимофеева Т. Артериальная гипертензия и приверженность терапии. Врач.2009; 12: 39–42.
6. Duncan J, Hagan R, Upton J et al. The effects of an aerobic exercise program on sympathetic neural activity and blood pressure in mild hypertensive patients. *Circulation* 1983; 68 (4 Pt. 2): 285.
7. Roy Brad A. Exercise and Hypertension // American Council on Exercise. Fitness symposium. 2011, 3-5 November.

The Influence of Physical Exercises on the Dynamics of Arterial Pressure and Psychological Health of Patients with Arterial Hypertension

Kildebekova R.N., Dmitriev A.V., Fedotov A.L., Sayakhov R.F.
Bashkirian State Medical University, Ufa

The purpose of the present study was to evaluate the clinical efficacy of physical rehabilitation of hypertensive patients using cycle trainers and static-dynamic exercises including an intense component in ambulatory settings. Rehabilitation measures resulted in lowering blood pressure, reducing body weight and negative behavioural risk factors, promoting psychological health, improving self-esteem.

References

1. Kiselyev, A.R, Shvarts V.A, Posnenkova O.M et al. "Prevention and treatment of arterial hypertension in ambulatory studies using mobile phones and Internet technologies." *Terapevticheskij Archiv* 4 (2011): 46-52.
2. Lanfan, K. "Arterial hypertension: what are our achievements in its reduction?" *Terapevticheskij Archiv* 5 (2009):47-50.
3. Ostroumova, O.D. "Arterial hypertension treatment in a polyclinic: clinical and economic effectiveness." *Consilium medicum* 5 (2007): 19-24.
4. Chasova, I.E. Metabolic syndrome. Moscow: MediaMedica, 2008. Print.
5. Shalnova, S. Kukushkin S. Manoshkina E. Timofeeva T. "Arterial hypertension and compliance to therapy." *Vrach* 12 (2009): 39-42.

6. Duncan J, Hagan R, Upton J et al. The effects of an aerobic exercise program on sympathetic neural activity and blood pressure in mild hypertensive patients. *Circulation* 1983; 68 (4 Pt. 2): 285.

7. Roy Brad A. Exercise and Hypertension // American Council on Exercise. Fitness symposium. 2011, 3-5 November.

Анализ практики предоставления бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи в России

Нестерова А. В.

студентка факультета Государственного и муниципального управления Высшей школы экономики. E-mail: avnesterova@edu.hse.ru

Краснопольская И. И.

MA in Sociology; преподаватель факультета Государственного и муниципального управления Высшей школы экономики. Адрес: 101990, г Москва, ул. Мясницкая, 20. E-mail: ikrasnopol'skaya@hse.ru

Предметом статьи являются проблемы практики предоставления высокотехнологичной помощи (далее – ВМП) через систему квот. Цель статьи – оценка влияния погружения высокотехнологичной помощи в общее медицинское страхование (далее – ОМС) на удобство получения больными ВМП. В статье рассмотрен алгоритм направления пациента на высокотехнологичную помощь, проанализированы проблемы практики предоставления ВМП через систему квот, оценено наличие возможностей их устранения путем погружения ВМП в ОМС.

Материалом для создания статьи послужили контекстный анализ порядка направления граждан на ВМП, изучение географии расположения центров оказания ВМП, а также результаты эмпирического исследования предоставления ВМП больным онкологическими заболеваниями в одном из онкологических центров города Москвы (данные на 2014 год). В качестве метода исследования было выбрано полуструктурированное глубинное интервью с использованием плана, содержащего перечень формулировок вопросов. В ходе исследования были опрошены следующие целевые группы: врачи, пациенты, представители некоммерческих организаций, осуществляющих деятельность в сфере здравоохранения, бывшие сотрудники Министерства здравоохранения РФ.

Результаты интервью позволяют сделать вывод о том, что алгоритм предоставления ВМП через систему квот является непонятным для пациента, а практика предоставления ВМП расходится с установленными законом нормами. В то же время, только часть существующих проблем практики оказания ВМП можно решить посредством погружения ВМП в ОМС. Авторы полагают, что полученные результаты могут быть использованы для совершенствования алгоритма предоставления ВМП.

Ключевые слова: высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП), квоты, онкологические больные, общее медицинское страхование (ОМС).

Законодательное регулирование порядка направления граждан России на ВМП в системе квот

Законодательством предусмотрено два алгоритма направления пациента на ВМП¹, действующих для различных групп граждан, что может трактоваться неоднозначно. Рассмотрим алгоритм первый.

¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2011 г. N 1689н «Об утверждении порядка направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в

Пациент направляется в медицинскую организацию для оказания ВМП на основании решения Комиссии, сформированной в органе исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения, для отбора пациентов для предоставления ВМП (далее – Комиссия субъекта РФ). Для того, чтобы случай пациента попал на рассмотрение Комиссии субъекта РФ, пациенту необходимо получить положительное заключение комиссии медицинского учреждения, в котором он проходит наблюдение. Основанием для принятия решения комиссией медицинского учреждения является выписка из медицинской документации пациента. Выписка оформляется лечащим врачом, и должна содержать:

- диагноз заболевания (состояния),
- код диагноза по МКБ-Х²,
- сведения о состоянии здоровья пациента, проведенных диагностике и лечении,
- рекомендации о необходимости оказания ВМП.

Помимо выписки пациент должен предоставить совокупность исследований по профилю заболевания пациента, подтверждающие установленный диагноз. Врачебная комиссия принимает решение в течение трех рабочих дней со дня получения выписки, решение комиссии оформляется в виде протокола. Положительное решение выносится комиссией в случае, если у пациента есть медицинские показания для получения ВМП. Медицинские показания для получения ВМП закреплены в Перечне видов ВМП.

При отказе Врачебной комиссии в направлении документов пациента в Комиссию субъекта РФ заявителю выдается выписка из медицинской документации пациента и выписка из протокола решения Врачебной комиссии, в которой излагаются причины отказа.

В случае принятия комиссией решения о направлении документов пациента в Комиссию субъекта РФ Врачебная комиссия в течение трех рабочих дней формирует и направляет комплект документов пациента. Комплект документов может быть отправлен в том числе при помощи электронного взаимодействия, однако, данное условие не всегда соответствует практике правоприменения. Комплект документов должен содержать: письменное заявление пациента, согласие на обработку персональных данных, копии паспорта (для детей младше 14 лет – свидетельства о рождении), полиса ОМС, полиса пенсионного страхования и медицинские документы (выписку из протокола решения Врачебной комиссии и результаты всех проведенных исследований), подтверждающие наличие оснований для оказания ВМП. *С нашей точки зрения, необходимость сбора*

федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, с применением специализированной информационной системы»
2 Международная классификация болезней.

данного комплекта документов позволяет избежать нецелевых пациентов. При этом перечень необходимых документов, не относящихся к медицинским, сведен к минимуму.

В случае, если пациент обращается во Врачебную комиссию через своих законных представителей или доверенных лиц, он обязан предоставить документы, подтверждающие полномочия законного представителя, сведения о законном представителе и его персональные данные. *Мы оцениваем наличие возможности обращения через законного представителя как достоинство системы направления на ВМП.*

Пациент (его законный представитель или доверенное лицо) имеет право самостоятельно предоставить комплект документов в Комиссию субъекта РФ. В данном случае, пациент получает на руки выписку из протокола решения Врачебной комиссии и выписку из медицинской документации. После получения Комиссией субъекта РФ полного комплекта необходимых документов пациентов, ею в течении не более чем 10 рабочих дней принимается решение о наличии или отсутствии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных средств. *По нашему мнению, десятидневный срок принятия решения Комиссией субъекта РФ позволяет оперативно направлять пациентов на оказание ВМП без создания очереди ожидания талона.*

Принятое Комиссией субъекта РФ решение оформляется протоколом³. Комиссия субъекта РФ может вынести решение о:

- Наличии медицинских показаний для направления на оказание ВМП;
- Отсутствии медицинских показаний для направления на оказание ВМП;
- Наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию с целью проведения дополнительной диагностики;
- Наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи⁴.

Протокол решения Комиссии субъекта РФ оставляется на хранение в органе исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения. Из протокола решения оформляется выписка, которая направляется в медицинскую организацию, на основании документов из случая пациента был рассмотрен в Комиссии

³ Список сведений, которые должен содержать протокол, содержится в пункте 12 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации N 1689н

⁴ В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи.

субъекта РФ, а также выдается пациенту или его законному представителю на руки и (или) может быть направлена почтовым отправлением или по электронной почте.

Если Комиссией субъекта РФ было вынесено решение о наличии медицинских показаний для направления на оказание ВМП, то председатель Комиссии субъекта РФ обязан:

- Обеспечить оформление на пациента учетной формы N 025/у-ВМП «Талон на оказание ВМП»⁵, причем статус талона на ВМП пациент имеет возможность отслеживать на сайте⁶, что оценивается нами как мера, обеспечивающая большее удобство для пациента;
- Обсудить с медицинской организацией, оказывающей ВМП, возможные даты госпитализации пациента для оказания ВМП;
- В запланированный срок направить пациента для оказания ВМП в медицинскую организацию.

После принятия Комиссией субъекта РФ решения о направлении пациента на оказание ВМП в медицинскую организацию с применением специализированной информационной системы Министерства здравоохранения России направляются следующие документы:

- Копия выписки из медицинской документации пациента;
- Результаты проведенных исследований, на основании которых Комиссией субъекта РФ было вынесено решение о направлении пациента для оказания ВМП в данную медицинскую организацию.

Необходимо обратить внимание на то, что получение пациентом талона на оказание высокотехнологичной помощи не является основанием для госпитализации в медицинское учреждение, оказывающее ВМП. Талон представляет собой лишь направление в организацию, оказывающую ВМП. Далее руководитель медицинской организации, оказывающей ВМП, формирует Комиссию медицинской организации по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи и утверждает ее устав. Численность Комиссии медицинской организации должна составлять не менее трех человек. В качестве председателя Комиссии медицинской организации выступает руководитель медицинской организации или один из его заместителей.

⁵ Приказ Минздравсоцразвития России от 16 февраля 2011 г. N 138н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010 г. N 242н «Об утверждении и порядке ведения форм статистического учета и отчетности по реализации государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета»

⁶ [Электронный ресурс] URL: <http://talon.rosminzdrav.ru/> (Дата обращения: 25.05.2014)

Вероятно, что самостоятельное принятие решения ЛПУ о наличии или отсутствии оснований для госпитализации пациента может создавать возможности для недобросовестных действий, что является негативной стороной данного способа организации системы ВМП. Комиссия медицинской организации, оказывающей ВМП, рассматривает вопрос о необходимости госпитализации пациента на основании Талона на оказание ВМП и комплекта документов, присланных в медицинскую организацию из Комиссии субъекта РФ. При принятии решения Комиссия медицинской организации опирается на виды ВМП, включенные в перечень ВМП и оказываемые данной организацией. Срок принятия решения ограничен 10 рабочими днями со дня оформления на пациента Талона на оказание ВМП. Решение, принятое Комиссией медицинского учреждения, оказывающего ВМП, оформляется в виде протокола⁷. Протокол создается в одном экземпляре на бумажном носителе и хранится в медицинской организации, оказывающей ВМП. Помимо этого протокол в электронном виде прилагается к Талону на оказание ВМП. Безусловно, наличие электронной копии Талона в системе межведомственного взаимодействия позволяет обеспечить межведомственный контроль соблюдения правил направления пациентов на ВМП.

Комиссия медицинского учреждения, оказывающего ВМП, может вынести решение о:

- Наличии медицинских показаний для направления на оказание ВМП;
- Отсутствии медицинских показаний для направления на оказание ВМП;
- Наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию с целью проведения дополнительной диагностики;
- Наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи.

При вынесении решения о наличии медицинских показаний для направления на оказание ВМП в заключении Комиссии медицинской организации, оказывающей ВМП, указываются диагноз, код диагноза по МКБ-Х, код вида ВМП⁸, ориентировочная дата госпитализации. Обязанность информирования пациентов о принятом Комиссией медицинской организации решении возложена на Комиссию субъекта РФ. *Учитывая большой поток пациентов, обращающихся в Комиссию субъекта РФ, можем предположить, что своевременность информирования пациентов либо не выполняется, либо обеспечивается за счет многократных звонков или визитов пациента в Комиссию субъекта.*

⁷ Список сведений, которые должен содержать протокол, содержится в пункте 23 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации N 1689н

⁸ В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 декабря 2013 г. № 916н «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи»

Медицинские организации, оказывающие ВМП, осуществляют свою деятельность в соответствии со стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения России. Данное понятие употребляется во многих нормативных актах, однако его содержание нигде не определяется, что представляется нам пробелом законодательного регулирования. Существует, однако, перечень работ, относящихся к ВМП, который, в свою очередь, может быть оценен как недостаточно детализированный.

Медицинские организации обязаны давать пациентам, получившим ВМП, рекомендации относительно дальнейшего лечения и реабилитации. После окончания лечения медицинская организация в течение 5 рабочих дней вносит информацию относительно дальнейшего лечения и реабилитации пациента в Талон на оказание ВМП, прилагая к нему копию выписки из медицинской карты. В случае если медицинская организация, оказывающая ВМП, рекомендовала обеспечить дальнейшее лечение или медицинскую реабилитацию пациенту, направление в соответствующие медицинские организации осуществляет орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения. Что касается процедуры закрытия квоты, она осуществляется после официальной выписки больного из ЛПУ. При этом в количество койко-дней может быть включен период ожидания результатов анализов после фактического возвращения пациента домой. Данное обстоятельство характерно для российской практики здравоохранения и ведет к необоснованному списанию затрат на лечение пациента.

Рассмотрим второй алгоритм⁹ направления граждан на ВМП. Данным алгоритмом пользуются следующие группы граждан РФ:

- Проживающие за пределами РФ;
- Не состоящие на регистрационном учете по месту жительства;
- Пациенты, которые не были направлены органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения на оказание ВМП.

Пациент на основании своего письменного обращения¹⁰ (или обращения законного представителя, доверенного лица) может быть направлен в медицинские организации, оказывающие ВМП, Министерством здравоохранения России. Соответственно, законодательное регулирование данного вопроса позволяет расширить круг граждан, имеющих доступ к ВМП.

⁹ Согласно пунктам 27-34 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации N 1689н

¹⁰ Федеральный закон от 02.05.2006 N 59-ФЗ (ред. от 02.07.2013) «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»

Письменное обращение гражданина в Министерство здравоохранения России должно подкрепляться комплектом документов, аналогичным предоставляемому для Комиссии субъекта РФ (был указан ранее), а также информацией о причинах обращения в Министерство здравоохранения России с целью направления для оказания ВМП в федеральное медицинское учреждение. Если пациент не проживает на территории РФ или не состоит на регистрационном учете по месту жительства, комплект необходимых документов должен содержать также выписку из медицинской документации пациента, оформленную в федеральном ЛПУ.

Письменное обращение пациента в Минздрав России рассматривается в течение 10 рабочих дней со дня его регистрации Департаментом высокотехнологичной медицинской помощи Минздрава России. В случае принятия решения о направлении пациента на оказание ВМП, на него с использованием информационной системы Минздрава России оформляется Талон на оказание ВМП, который вместе с копией выписки из медицинской карты стационарного больного направляется в федеральную медицинскую организацию, оказывающую ВМП в соответствии с профилем заболевания пациента.

Далее решение о госпитализации пациента принимается Комиссией медицинской организации, оказывающей ВМП. Департамент высокотехнологичной медицинской помощи Министерства здравоохранения России информирует пациента о принятом Комиссией медицинской организации решении.

В случае, если пациент относится к гражданам РФ, медико-санитарное обеспечение которых относится к полномочиям Федерального медико-биологического агентства (далее – ФМБА), направление данных пациентов на оказание ВМП в подведомственных ФМБА учреждениях осуществляется непосредственно ФМБА. *Данный пункт налагает ограничения на круг лиц, имеющих возможность получения медицинской помощи в учреждениях, подведомственных ФМБА.*

При наличии несогласия пациента с принятыми в ходе направления его на оказание ВМП решениями, действиями органов власти, медицинских организаций, должностных лиц, пациент вправе обжаловать данные решения и действия в порядке, установленном законодательством РФ. *Однако на практике процесс обжалования решения как законодательная гарантия соблюдения прав пациентов не выполняется.*

Выводы относительно порядка направления граждан на ВМП через систему квот могут быть сведены к следующему. Существующий законодательный механизм ограничивает круг граждан, имеющих право на получение ВМП. Данное обстоятельство связано с подведомственностью медицинских учреждений, а также тем, что для направления на лечение пациент, априори не являющийся здоровым, должен посетить несколько медицинских организаций и орган исполнительной власти. Соответственно возможность получения ВМП находится в зависимости от состояния здоровья – чем более

слаб пациент, тем меньше вероятность, что его состояние позволит ему пройти весь путь до получения талона на ВМП и госпитализацию.

В то же время к достоинствам порядка направления граждан на ВМП можно отнести то, что он обеспечивает минимизацию количества нецелевых пациентов и предполагает предоставление преимущественно медицинских документов, а также обеспечивает возможность обращения в органы власти через законных представителей и направление жителей субъектов в федеральные ЛПУ.

Спорными вопросами относительно порядка направления граждан на ВМП являются информирование пациентов и обжалование принятого решения, так как они недостаточно подробно прописаны в законодательстве, население мало информировано о наличии подобных инструментов, а на практике они не выполняются, что будет подтверждено далее.

Расположение центров оказания ВМП

Основная часть ЛПУ, в которых оказывается ВМП в 2014 году, относится к учреждениям, подведомственным Министерству здравоохранения. Перечень данных ЛПУ содержится в Приказе Минздрава России от 31.12.2013 №1117н¹¹. *На сегодняшний день нельзя говорить о покрытии территории Российской Федерации центрами, в которых оказывается ВМП.*

Таблица 1. Распределение центров оказания ВМП по территории РФ (данные на 2014 год)

Административная единица	Количество центров оказания ВМП, шт.
Архангельск	1
Астрахань	1
Барнаул	1
Беслан	1
Благовещенск	1
Владивосток	2
Владикавказ	1
Волгоград	2
Воронеж	1
Екатеринбург	3
Иваново	1
Иркутск	3
Калининградская область	1
Кемерово	1

¹¹ Приказ Минздрава России от 31.12.2013 №1117н «Об утверждении Перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную помощь за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации»

Кемеровская область	2
Киров	1
Кисловодск	1
Краснодар	1
Красноярск	2
Курган	1
Москва	43
Московская область	2
Нижний Новгород	3
Новосибирск	7
Обнинск	2
Омск	1
Пенза	1
Пермь	2
Ростов-на-Дону	4
Самара	1
Санкт-Петербург	19
Саратов	3
Северодвинск	1
Северск	1
Смоленск	1
Томск	4
Тюмень	1
Уфа	2
Хабаровск	1
Чебоксары	1
Челябинск	2
Чита	1

Неравномерность размещения центров оказания ВМП по территории России означает высокие транспортные расходы для жителей тех субъектов, на территории которых не может быть оказана ВМП по конкретному профилю. В соответствии с данными, представленными в Таблице 1, можно сделать вывод, что в оказании ВМП участвуют только 36 субъектов РФ из 85.

Анализ практики предоставления ВМП онкологическим больным на примере одного лечебного учреждения города Москвы

Ниже будут описаны методы проведения и результаты эмпирического исследования практики предоставления ВМП; представлены выявленные проблемы, с которыми сталкивается пациент в ходе получения ВМП, а также другие несовершенства системы ВМП, которые мы обсудили с представителями различных целевых групп.

Методы исследования

В качестве метода эмпирического исследования было выбрано глубинное полужформализованное интервью¹² с использованием плана, содержащего перечень формулировок вопросов. Целью данного исследования было расширение представления о проблемах практики предоставления ВМП на первую половину 2014 года и выявление отношения различных целевых групп к алгоритму предоставления ВМП.

Причиной выбора данного метода исследования послужило то, что полужформализованное интервью способствует максимально полному раскрытию мнения респондента и дает возможность получения качественных данных. В ходе интервью соблюдался принцип нейтральности процесса интервьюирования, когда интервьюер таким образом проводит интервью, чтобы минимизировать собственное воздействие на ответы респондента. Можно также говорить о минимальном искажении получаемых данных благодаря тому, что полужформализованное интервью воспроизводит процесс естественной коммуникации индивидов.

Часть вопросов плана была сформулирована достаточно широко, другая часть была более конкретизированной. С целью обеспечения естественных переходов между различными частями интервью последовательность вопросов могла изменяться в зависимости от конкретных обстоятельств, возникавших в ходе беседы с респондентом. Вербальные ответы записывались дословно.

Интервью проводилось с респондентами, относящимся к следующим целевым группам:

1. Пациенты федерального онкологического центра (n=6), в данную группу вошли как жители города Москвы (n=3), так и представители других субъектов федерации (n=3).
2. Врачи, оказывающие ВМП по профилю «Онкология» (n=2), и сотрудники отдела ВМП (n=1) федерального онкологического центра.
3. Представители некоммерческих организаций, осуществляющих деятельность в сфере здравоохранения (n=1).
4. Бывшие сотрудники Министерства здравоохранения Российской Федерации (n=1).

Средняя длительность интервью составила сорок пять минут. Место и время проведения интервью выбиралось в соответствии с пожеланиями респондентов. Знакомство с

¹² Веселкова Н.В. Методические принципы полужформализованного интервью // Социология: методология, методы и математическое моделирование. 1995. № 5-6. С. 28-48 [Электронный ресурс] <http://ecsocman.hse.ru/text/16610580/>

будущими респондентами из числа пациентов проходило «на их территории», то есть в их больничной палате. Благодаря этому мы можем говорить о формировании доверительного контакта между интервьюером и респондентом и возникновении предпосылок для более открытого разговора по предложенной теме.

Результаты интервью с респондентами целевой группы пациентов, получавших ВМП по профилю «Онкология»

Среди опрошенных пациентов ранее о содержании понятия ВМП был осведомлен только один респондент. Стоит отметить, что данный респондент работает в фармакологической компании и знаком с понятием в связи с родом профессиональной деятельности. Остальные пациенты встречались только с термином «квота», которое в устной речи часто заменяет собой употребление термина ВМП.

Информирование граждан о возможности получения ВМП законодательно отнесено к обязанностям лечащего врача. На практике данная обязанность часто не выполняется. Впервые о возможности получения медицинской помощи посредством направления на ВМП респонденты узнали от: знакомых, работающих в сфере здравоохранения (3 респондента, из них 2 относятся к жителям Москвы), представителей городской больницы (2 респондента, из них оба относятся к представителям других субъектов РФ), были сами осведомлены о порядке получения ВМП (1 респондент, работающий в фармакологии). Можно предположить, что уровень информированности врачей районных поликлиник о ВМП крайне низок, а официальные каналы информирования о ВМП не работают.

Среди ответов относительно доступных каналов информации о порядке предоставления ВМП были названы: лечащий врач (6 респондентов); знакомые, работающие в сфере здравоохранения (3 респондента); устная консультация в органе власти (2 респондента: один пациент из Москвы и один пациент из другого субъекта); интернет-сайты органа власти или медицинского учреждения были указаны только респондентом, работающим в фармацевтической компании. Причем на вопрос о наиболее удобном для пациента способе получения информации всеми респондентами была выбрана устная консультация врача или консультанта районной поликлиники, однако, лица в возрасте до 45 лет высказали предположение относительно того, что понятный интернет-портал также был бы полезен, но в меньшей степени.

Большинство опрошенных (5 из 6) уверенно заявляет, что в получении ВМП самой сложной является стадия, предшествующая установлению окончательного диагноза и информированию пациента о возможности и порядке получения ВМП.

«Главврач нашей городской больницы сказал, что с моей стадией невозможно получить квоту на ВМП в Москве. Но это в Брянске мне поставили первую

стадию, а здесь уже оказалось, что у меня третья». (Жен., Брянск, 2014, пациент)

Ряд респондентов столкнулся с проблемой длительных сроков диагностики и установления окончательного диагноза и необходимостью посещения множества медицинских организаций.

«В Нижнем Тагиле меня долго лечили от межреберной невралгии, <...> направили в Свердловский онкодиспансер №1, откуда меня вернули в Тагил. Я ездила много раз туда-сюда. <...> Отправили на консультацию в Екатеринбург, где поставили предварительный диагноз «Онкология» и перенаправили в Москву. <...> С момента появления первых болей до госпитализации прошло 2 года». (Жен., Нижний Тагил, 2014, пациент)

Помимо этого, процесс определения заболевания осложнялся необходимостью затрат на дополнительную диагностику, не предоставляющуюся в бюджетных организациях системы здравоохранения.

«-Да, мне сказали сделать сначала КТ, а потом МРТ. И еще изотопное сканирование скелета. <...> Изотопное сканирование мне сделали бесплатно в Екатеринбурге, а вот КТ и МРТ я делала платно». (Жен., Нижний Тагил, 2014, пациент)

В соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств»¹³ обеспечение граждан жизненно необходимыми и важнейшими препаратами, а также донорской кровью и ее компонентами при оказании высокотехнологичной медицинской помощи является бесплатным. Следовательно, в качестве расходов на оказание ВМП может быть обозначена значительная часть расходов ЛПУ. В то же время, в законе не закреплена обязанность предоставления медицинской организацией иных расходных материалов за счет бюджетных средств. Для всех респондентов в список вещей, необходимых к покупке за собственный счет перед операцией, входили: пленки; градусник, постоперационные пластыри; груши и емкости, в которые по дренажным трубкам будет вытекать жидкость; слабительное; компрессионные чулки; стерильная шапочка для операции. На вопрос относительно предоставления препаратов, восстанавливающих микрофлору кишечника после приема курса антибиотиков, все респонденты ответили отрицательно.

Если говорить о предоставлении медицинских препаратов, ситуация складывается неоднозначная. С одной стороны, квота покрывает их предоставление, но, с другой стороны:

¹³ Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ (ред. от 12.03.2014) «Об обращении лекарственных средств»

«Противорвотные лекарства нам заказывают не оригинального производителя, а аналоги. Как правило, они неэффективны или гораздо менее эффективны. Хотите оригинальное средство – покупайте за собственные деньги». (Жен., Москва, 2014, пациент)

Четырем респондентам из шести решение о наличии медицинских показаний для направления на оказание ВМП было вынесено непосредственно в федеральном онкоцентре, двум – в городской больнице (государственном учреждении «Калмыцкий республиканский онкологический диспансер имени Тимошкаевой Э.С.» и Московской городской онкологической больнице № 62). Все респонденты ответили, что смогли предоставить в орган власти необходимый комплект документов с первого раза, и что им не было отказано в предоставлении ВМП при первой попытке подачи документов. Однако один из респондентов отметил, что:

«У нас в городе решение зависело только от настроения того человека, который его принимал, и от связей. Мне так и сказали, что не могут отказать только потому, что за меня позвонили». (Жен., Брянск, 2014, пациент)

Только один пациент из шести ответил, что осведомлен о том, в каких учреждениях кроме данного онкологического центра, ему могла быть оказана помощь.

«В больнице №62 мне предложили пройти лечение у них, но я знала, что мне его могут предоставить в федеральном центре, поэтому отказалась». (Жен., Москва, 2014, пациент)

Для всех респондентов, кроме респондента, работающего в фармакологической компании, источником информации о необходимых для оформления талона документах стал лечащий врач в учреждении, поставившем окончательный диагноз. Единство во мнениях наблюдалось у респондентов по следующим вопросам: Легко ли вам было собрать пакет документов, необходимых для оформления талона на оказание ВМП? (Все респонденты ответили утвердительно). Предлагали ли вам воспользоваться возможностью подачи документов для получения талона в электронном виде? (Все респонденты ответили отрицательно). Однако один из респондентов ответил, что *«Они сами отправили мои документы»*. (Жен., Нижний Тагил, 2014, пациент) Следует также уточнить, что один из респондентов получал 8 квот на химиотерапию в онкоцентре, из которых только для получения первой квоты он самостоятельно отвозил документы в исполнительный орган власти.

«Остальные семь квот приходили автоматически, но никогда не вовремя. Мне должны были проводить химию раз в три недели, но к этому моменту квота еще не была выделена онкоцентру, и приходилось звонить в Минздрав». (Жен., Москва, 2014, пациент)

Мнения респондентов относительно того, какой способ подачи документов на получение талона (через электронную систему или при личном посещении) наиболее удобен, разделились. Два респондента (жителя Москвы) оценивают затраты, связанные с посещением приемной Министерства здравоохранения как минимальные.

«Я близко живу, поэтому не имею ничего против физического присутствия. Так ты хотя бы будешь знать, что с документами все в порядке». (Жен., Москва, 2014, пациент)

Один респондент, имевший опыт с задержкой квот на химиотерапию, отметил, что ему важен не способ подачи документов, а соответствие заявленных сроков выделения квот фактическим. Три респондента (представителей регионов) отметили, что электронная отправка документов для них более удобна.

Получение точной информации относительно временных затрат пациентов на получение услуги было осложнено тем, что респонденты не могли точно вспомнить, сколько времени им на это потребовалось. Относительно очередей респондентами были высказаны предположения, что в очередях в федеральном онкоцентре они провели от одного до трех часов, в исполнительном органе власти – от 20 минут до часа. По сравнению с временными затратами, потраченными на диагностику и окончательное установление диагноза, данные потери оценивались всеми респондентами как минимальные.

«Я не помню точно, сколько времени я провела в очередях. Но долго к кабинетам я не сидела». (Жен., Нижний тагил, 2014, пациент)

Пять респондентов ответили, что сроки оформления талона на оказание ВМП составили менее 10 дней. Один респондент (житель города Элиста) оценил время оформления талона в полтора месяца, что противоречит законодательным нормам. В качестве промежутка времени, прошедшего с момента получения талона на ВМП до непосредственной госпитализации респондентами были названы значения от 2 (жители Москвы) до 25 дней (представитель города Элиста).

В качестве основных сложностей, связанных с процессом получения ВМП респондентами были выделены: незнание о существовании и порядке получения такого вида медицинской помощи, как ВМП; большая продолжительность ожидания результатов необходимых анализов; длительность диагностики и лечения, предшествовавшего постановке окончательного диагноза; невозможность попасть в федеральное медицинское учреждение без наличия знакомых, работающих в нем или в органе власти; необходимость самостоятельной оплаты проезда до ЛПУ в случае отсутствия инвалидности.

«Может, я бы и получил помощь раньше, но после сдачи анализа приходилось ждать результаты неделю, две, три». (М., Элиста, 2014, пациент)

Результаты интервью с представителями федерального ЛПУ, оказывающего ВМП по профилю «Онкология»

В ходе интервью было выяснено, что для того, чтобы попасть на лечение в федеральный онкологический центр необходимо иметь медицинское заключение из другого ЛПУ с установленным окончательным диагнозом «онкологическое заболевание».

«Для того, чтобы попасть на лечение в одно из наших отделений, нужно сначала пройти обследование в нашей поликлинике. В саму поликлинику вы вряд ли попадете, если у вас нет выписки из другого ЛПУ с окончательным диагнозом «онкологическое заболевание». (М., Москва, 2014, врач)

В то же время, в данном онкоцентре проводятся операции по удалению доброкачественных образований и непрофильные хирургические операции по эндопротезированию, абдоминальной хирургии, гинекологии.

«На эндопротезирование, доброкачественные образования, абдоминальную хирургию, выдается где-то 20-60 квот на год». (М., Москва, 2014, сотрудник отдела ВМП)

Однако, существует вероятность того, что вы столкнетесь с трудностями при попытке получения направления на ВМП по данным профилям:

«Попробуйте добиться чего-то от поликлиники, не имея выписки с диагнозом «онкология». Это будет долгим процессом». (М., Москва, 2014, врач)

С непрофильными операциями существует еще одна сложность, связанная с малым количеством выделяемых квот.

«Эти объемы обычно к ноябрю заканчиваются. А большинство квот, по онкологии, у нас есть до конца года. Но если какой-то вид квоты у нас исчерпан на этот год, то люди либо ждут до следующего года, либо едут в другое учреждение». (М., Москва, 2014, сотрудник отдела ВМП)

Если говорить об операциях по профилю «Онкология», по словам сотрудников федерального онкоцентра, недостаток в количестве квот исключен.

«Я не встречался с подобными случаями. Иногда происходит даже наоборот: учреждение не использует все имеющиеся квоты. Например, в 2013 году мы не реализовали около 400 квот». (М., Москва, 2014, врач)

При этом информация относительно выполнения плана по реализации квот в онкоцентре комментируется по-разному, в связи с чем выяснить причины возникновения неиспользованных квот представляется невозможным.

«-Бывало ли так, что вы не израсходовали часть квот? – Нет, такого не бывает. Это наша работа. Если план не выполнен, значит, будут большие проблемы». (М., Москва, 2014, сотрудник отдела ВМП)

Стоит отметить, что по сравнению с предыдущим годом объем квот на оказание ВМП в онкоцентре сократился.

«Обычно последние годы выделяли 8,5 тысяч квот, сейчас 5,5 тысяч. Соответственно, где-то на 20% урезали объемы в этом году, если учесть, что часть видов ВМП перешла в ОМС». (М., Москва, 2014, сотрудник отдела ВМП)

Таким образом, на основании полученных от сотрудников онкоцентра данных можно предположить, что в 2013 году неизрасходованные квоты, если таковые имелись и насчитывали около 400 штук (со слов врача онкоцентра), составили примерно 5% от общего объема квот.

По словам сотрудников онкоцентра, количество квот на одного пациента является неограниченным, что позволяет ему в полной мере получить необходимое лечение.

«Вы можете получить сколько угодно квот на различные виды медицинской помощи, если это необходимо при вашем заболевании. У нас есть пациентка, которая на данный момент получила уже 8 квот». (М., Москва, 2014, врач)

Связь сроков предоставления ВМП с длительностью ожидания талона на оказание ВМП была опровергнута сотрудниками онкоцентра.

«У нас огромный поток пациентов, и квоты мы ждать не можем. Большинство пациентов приносит отрывные талончики из Минздрава, что документы сданы, и мы кладем их в долг. Сама квота оформляется в течение 10 дней. То есть все зависит только от внутренней очереди онкоцентра на операции». (М., Москва, 2014, сотрудник отдела ВМП)

Данная информация позволяет предположить, что финансирование ВМП постфактум по пролеченному случаю не скажется негативно на организациях, в которых достаточно большой поток пациентов.

Остается открытым вопрос о финансировании в рамках ОМС транспортных расходов пациентов из других регионов. Данный аспект оставался неоднозначным и в рамках оказания ВМП за счет федеральных субсидий.

«Изначально ВМП была сделана для регионов в качестве направления, потому что квота на ВМП оплачивает дорогу. Но, насколько я знаю, в каждом регионе на этот счет свои планы: кто-то оплачивает дорогу всем пациентам, кто-то – исключительно определенным категориям, допустим, инвалидам». (М., Москва, 2014, сотрудник отдела ВМП)

Результаты интервью с бывшим сотрудником Министерства здравоохранения Российской Федерации

В процессе проведения интервью в качестве основной причины многих проблем оказания ВМП были определены объемы финансирования и недостаточная детализация некоторых законодательных понятий, что не является предметом данной статьи. Если говорить о несовершенствах порядка направления граждан на ВМП, респондентом был выделен процесс подачи жалобы пациентом.

«Если вам отказали в предоставлении ВМП, есть два варианта, куда жаловаться. Первый – руководителю федерального учреждения. Но это бесполезно, так как он никогда не признает того факта, что его сотрудники были неправы. Второй – в Минздрав или Росздравнадзор. Скорее всего, они предложат вам получить помощь в другом учреждении. Будут направлены талоны сразу в три учреждения, о чем секретарь комиссии субъекта должен будет проинформировать пациента». (М., Москва, 2014, бывший сотрудник Министерства здравоохранения)

Устранение данного недостатка вряд ли стоит ожидать после погружения ВМП в ОМС. Тем не менее, получение медицинской помощи в рамках ОМС имеет для пациента преимущество, заключающееся в отсутствии необходимости посещения органа власти для получения талона на оказание помощи и десятидневного ожидания его оформления, так как финансирование будет осуществляться по пролеченному случаю. Возможно, стоит сохранить ВМП как отдельный порядок финансирования медицинских услуг, упростив процедуру получения талона на ВМП пациентом?

«На мой взгляд, он не нуждается в упрощении. Мы и так максимально упростили его, оставив тот механизм, который позволяет не допустить перетока нецелевых пациентов». (М., Москва, 2014, бывший сотрудник Министерства здравоохранения)

Ранее в интервью, проводимых с пациентами онкологического центра, отмечалось, что сроки фактической госпитализации после получения талона на ВМП могут варьироваться от 2 до 25 дней.

«Если пациент давно уже получил талон на ВМП, а учреждение не оказывает ему помощь, это наглядно видно в информационной системе. Если учреждение вовремя не рассмотрело талон, то происходит автоматическая блокировка информационной системы, что останавливает работу всей организации». (М., Москва, 2014, бывший сотрудник Министерства здравоохранения)

Следовательно, введение электронной системы информационного взаимодействия и мониторинга ВМП позволяет осуществить оперативное регулирование так называемого «листа ожидания», что оценивается нами положительно. Таким образом, алгоритм выделения финансовых средств до начала лечения пациента в совокупности с наличием информационно-аналитической системы контроля за отдельными аспектами оказания ВМП обеспечивает стимулы для соблюдения организацией сроков оказания медицинских услуг. Будут ли соблюдаться данные сроки с введения финансирования по пролеченному случаю – пока неизвестно.

Результаты интервью с Александром Саверским¹⁴, президентом «Лиги пациентов»¹⁵

Как сказано на официальном сайте Лиги защиты пациентов¹⁶, среднее количество обращений пациентов в день равно восьми. При этом, по словам Александра Саверского, не более 2% из них касаются ВМП. Обращения граждан по поводу ВМП чаще всего связаны с проблемами, возникшими из-за передачи функций оказания ВМП в субъектах.

«К сожалению, одним из самых частых поводов для обращения являются жалобы на невозможность получить нормальную помощь. В субъекте не могут поставить диагноз, а направлять пациента в федеральный центр не хотят, потому что деньги тогда тоже уйдут вместе с ним. И это реально существующий тренд, за которым стоит способ борьбы за деньги». (М., Москва, 2014, Александр Саверский)

¹⁴ Член Экспертного совета при Правительстве Российской Федерации; в 2006-2010 годах был Председателем Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, членом Общественного совета Минздравсоцразвития; в 2010-2011 годах основатель и сопредседатель Всероссийского союза пациентов

¹⁵ Некоммерческая организация, осуществляющая деятельность в сфере здравоохранения

¹⁶ Официальный сайт Лиги пациентов [Электронный ресурс] URL: <http://ligap.ru/aboutus/lica/> (Дата обращения: 20.04.2014)

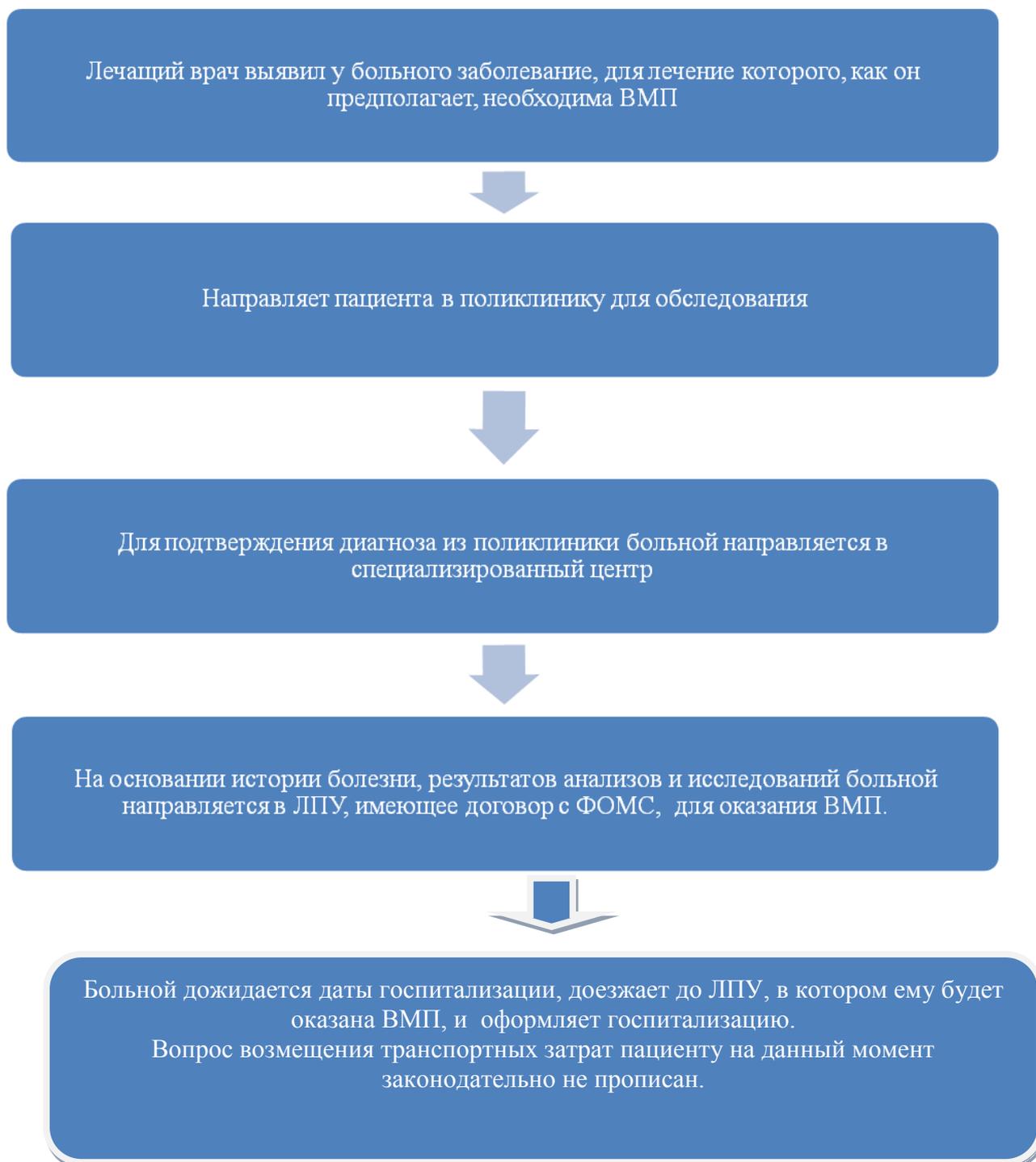
Было также отмечено, что в ряде случаев действительный диагноз пациента может скрываться, исходя из финансовых соображений.

«Прочитую одного из чиновников: «Если мы федерализуем орфанные заболевания, то количество пациентов увеличится в 2-3 раза. Данное высказывание означает, что количество пациентов с орфанными заболеваниями искусственно занижается для того, чтобы не покупать дорогостоящие лекарства за счет субъектов». (М., Москва, 2014, Александр Саверский)

Примечательно, что формально возможная и законодательно закрепленная возможность пациента обжаловать принимаемое в ходе лечения решение на практике не выполняется. С одной стороны, пациент может быть не осведомлен о данной возможности, с другой – отсутствуют действенные механизмы защиты его прав.

«Обжалование решения будет проходить в том же субъекте, который отказал вам в направлении на ВМП. Возникает проблема экспертизы, которая должна проводиться внешней организацией. Сомневаюсь, что был хотя бы один случай, когда пациент отстоял свои права на ВМП». (М., Москва, 2014, Александр Саверский)

Как изменится алгоритм направления граждан на ВМП с погружением в ОМС?



В случае необходимости оказания ВМП при экстренной госпитализации пациента ОМС позволяет оказать данную помощь бесплатно, так как она будет финансироваться по пролеченному случаю.

Выводы

Анализ практики предоставления ВМП через систему квот выявил следующие проблемы.

Наиболее сложным и длительным этапом для пациента является постановка окончательного диагноза. Население недостаточно информировано о возможности и порядке получения ВМП. В частности, не выполняется условие информирования пациента врачом районной поликлиники. В ряде случаев пациент платит за получение квоты или вынужден искать знакомых, которые помогут ему получить квоту. ЛПУ, проводящие непрофильные медицинские операции в рамках ВМП (операции по удалению доброкачественных опухолей в онкоцентре), требуют наличие медицинских документов, не предусмотренных законом (выписка с окончательным диагнозом «Онкология»). Квоты на непрофильные операции заканчиваются раньше окончания календарного года. Пациенты несут дополнительные расходы, связанные с проведением необходимой диагностики, покупкой лекарственных средств и медицинских изделий для операции, а также проездом до ЛПУ. В рамках квоты бесплатно предоставляются неэффективные дженерики. Пациентам не предлагают направить их документы через систему электронного взаимодействия. Сроки оформления талонов могут превышать законодательно установленные нормативы. Медицинские учреждения получают средства, выделенные в рамках квот, с задержкой по времени.

В качестве наиболее спорных вопросов относительно порядка направления граждан на ВМП в рамках системы квот были выделены информирование пациентов и обжалование принятого решения.

В то же время, в качестве положительных аспектов практики оказания ВМП посредством квот нами были выделены отсутствие ограничения количества квот на одного пациента, зависимость сроков госпитализации и проведения операции преимущественно только от операционной очереди в ЛПУ.

Можно говорить о наличии корреляций между результатами мониторинга 2011 года¹⁷ и результатами нашего эмпирического исследования. Как и в 2011 году, среднее число обращений в исполнительный орган власти, а также среднее число физических посещений органа власти равно одному. Продолжает наблюдаться различие

¹⁷ Оценка практики регулирования предоставления государственных услуг. Массовые государственные услуги (государственные услуги для граждан)// Мониторинг качества и доступности государственных и муниципальных услуг – 2010 [Текст]/ под ред. А.В. Клименко, С.М. Плаксина; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. – с. 41-55

административных регламентов с практикой правоприменения, что отражается в несоблюдении сроков предоставления услуг, а также низкая доступность и неполнота информации о порядке предоставления услуги.

В то же время, в ходе нашего исследования респонденты опровергли необходимость траты большого количества времени на ожидание в очередях и сложность процедуры сбора необходимых документов. Респонденты уделяли большее внимание длительности диагностики, посещению множества ЛПУ для постановки окончательного заболевания и ожиданию результатов обследований. Плохое состояние помещений, в которых оказывалась государственная услуга, также не упоминалось респондентами.

Стоит отметить, что применение в качестве метода исследования полуформализованного интервью позволило нам получить более полное представление о многообразии проблем, с которыми сталкивается пациент при получении ВМП.

По результатам анализа проблем практики предоставления ВМП онкологическим больным через систему квот и алгоритма предоставления ВМП через ОМС мы можем выделить в качестве достоинств последнего возможность экстренной госпитализации и отсутствие необходимости посещения органа исполнительной власти для получения направления на ВМП, что делает процесс направления на ВМП более быстрым и удобным для пациента. В то же время, проблемы информирования пациентов, правильной и оперативной постановки окончательного диагноза, обоснованности отказов в предоставлении ВМП и обжалования принятого решения остаются нерешенными.

Рекомендации

Для того, чтобы сделать механизм предоставления ВМП ориентированным на пациента, необходимо:

1. Упростить процедуру направления пациента на ВМП, что может быть достигнуто за счет налаживания межведомственного взаимодействия и направления документов граждан только в электронном виде.
2. С целью информирования граждан разработать информационные плакаты, которые будут развешаны в поликлиниках и в общественном транспорте¹⁸, и организовать горячую линию по вопросам ВМП. В качестве дополнительного канала информирования может быть создан интернет-портал. Также предлагается включить в обязанности консультантов районных поликлиник, в данный момент

¹⁸ Подобным образом проводилось информирование населения о создании портала государственных услуг (pgu.mos.ru)

занимающихся записью пациентов через систему ЕМИАС¹⁹, информирование о возможности и порядке получения ВМП.

3. Обеспечить возможность получения ВМП в экстренном порядке, создав резерв финансовых средств, предназначенных на оплату незапланированных потребностей в ВМП. Также возможно создание механизма возмещения затрат на высокотехнологичную помощь, полученную пациентом за собственный счет, в случае наличия показаний для получения ВМП по программе государственных гарантий.
4. Обеспечить бесплатную и оперативную диагностику заболеваний, покрытие стоимости проезда до ЛПУ, предоставление медицинских препаратов и изделий, необходимых для проведения операции.
5. Ускорить процесс диагностики заболеваний за счет интеграции медицинских учреждений различных звеньев.

Список литературы

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2011 г. N 1689н «Об утверждении порядка направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, с применением специализированной информационной системы»
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 февраля 2011 г. N 138н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010 г. N 242н «Об утверждении и порядке ведения форм статистического учета и отчетности по реализации государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета»
3. [Электронный ресурс] URL: <http://talon.rosminzdrav.ru/> (Дата обращения: 25.05.2014)
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 декабря 2013 г. № 916н «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи»
5. Федеральный закон от 02.05.2006 N 59-ФЗ (ред. от 02.07.2013) «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.12.2013 №1117н «Об утверждении Перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную помощь за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации»
7. Веселкова Н.В. Методические принципы полужурнализованного интервью // Социология: методология, методы и математическое моделирование. 1995. № 5-6. С. 28-48 [Электронный ресурс] <http://ecsocman.hse.ru/text/16610580/>

¹⁹ Единая медицинская информационно-аналитическая система.

8. Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ (ред. от 12.03.2014) «Об обращении лекарственных средств»
9. Официальный сайт Лиги пациентов [Электронный ресурс] URL: <http://ligap.ru/aboutus/lica/> (Дата обращения: 20.04.2014)
10. Оценка практики регулирования предоставления государственных услуг. Массовые государственные услуги (государственные услуги для граждан) // Мониторинг качества и доступности государственных и муниципальных услуг – 2010 [Текст]/ под ред. А.В. Клименко, С.М. Плаксина; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. – с. 41-55

Providing free high-tech medical care in Russia - analysis of the practice

Nesterova A.V.

student, State and Municipal Administration Faculty at Higher School of Economics. E-mail: avnesterova@edu.hse.ru

Krasnopolskaya I.I.

MA in Sociology; lecturer, State and Municipal Administration Faculty at Higher School of Economics. E-mail: ikrasnopolskaya@hse.ru

The article analyzes practical issues of providing high-tech care through a quota system. The principal idea of the article is to assess the possible impact of inclusion of high-tech care in general health insurance on convenience of its receiving. Referral algorithm for high-tech care is described, problems of practice for granting high-tech care through quota system are analyzed. An estimate is made, that the problems described may be tackled by inclusion of high-tech care in general health insurance.

The article is based on contextual analysis of ways of directing citizens for high-tech care, studies of high-tech care centers geographical location and an empirical study on high-tech care provided for patients with upper urinary tract cancer in one of the cancer clinics in the city of Moscow (as of 2014).

Material for producing a contextual analysis article was about the direction of citizens to VMP, studying geography location centers for VMP, and the results of empirical research to provide patients with upper urinary tract cancer in one of the cancer centers in the city of Moscow (as of 2014). A semiformalized depth interview based on a plan containing a list of question wording was chosen as a research method. The study surveyed the following target groups: doctors, patients, representatives of non-profit organizations working in the health sector, the former employees of the Ministry of Health.

Interview results suggest that the algorithm for providing high-tech care through a quota system is confusing for the patient and the very practice of high-tech care provision diverges with standards established by law. At the same time, only a portion of the existing problems can be solved by inclusion of high-tech care into general health insurance framework. The authors believe that the results can be used to improve existing algorithms for high-tech care provision.

Key words: high-tech care, quotas, cancer patients, general health insurance

References

1. Ministry of Health Care and Social Development of the Russian Federation, order No 1689n of 28 December 28, 2011 "On approval of the guidelines for providing high-tech medical care to the Russian Federation citizens, at the expense of the budget allocations in the federal budget to the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, with the use of specialized information system."

2. Ministry of Health Care and Social Development of the Russian Federation, order No 138n of 16 February 16, 2011 "On Amendments to the Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of April 16, 2010 N 242n "On Approval and Keeping of forms for statistical accounting and reporting on government assignment for providing high-tech medical care to the Russian Federation citizens at the expense of the budget allocations in the federal budget."
3. URL: <http://talon.rosminzdrav.ru/>
4. Ministry of Health Care of the Russian Federation, order No 916n of 10 December, 2013 "On the list of high-tech medical care forms."
5. Federal Law of May 2, 2006 No 59-FZ (rev. of July 2, 2013) "On Examination Procedure for Applications from the Russian Federation Citizens."
6. Ministry of Health Care of the Russian Federation, order No 1117n "On Adoption of the List of Health Care Institutions for providing high-tech medical care to the Russian Federation citizens at the expense of the budget allocations in the federal budget."
7. Veselkova N.V, "Methodical principles for semiformalized interview." *Sociologiya: metodologiya, metody i matematicheskoye modelirovanie* 5-6 (1995): 28-48.
8. Federal Law of April 12, 2010 No 61-FZ (rev. of March 12, 2014) "On Examination Procedure for Applications from the Russian Federation Citizens." "On Medicines Turnover."
9. Official web-site of Patient's League. URL: <http://ligap.ru/aboutus/lica/>
10. Assessment of state services regulation practice. Mass state services (state services for citizens). In "Monitoring of quality and availability of state and municipal services" Moscow: Higher School of Economics, 2010: 41-55. Print.

Кокаин был проклятием нашей молодости

Наркотики в окопах и в тылу Первой мировой

Калачев Б.Ф.

Заслуженный сотрудник органов внутренних дел Российской Федерации, кандидат юридических наук

Статья посвящена сравнительно мало изученному историческому факту – влиянию Первой мировой войны на расширение немедицинского потребления наркотических средств в России и странах Запада. Затрагивается проблема создания обезболивающих средств, не вызывающих привыкания у пациентов. Опровергается тезис о «сухом законе» как причине интенсивного роста употребления наркотиков.

Ключевые слова: кокаин, морфин, обезболивающие, Первая мировая война, наркотические средства, наркотическая зависимость

В XIX – начале XX веков наркотические средства воспринимались как на Западе, так и в России всего лишь обычными лекарствами. Разрушительные последствия, с ними сопряжённые, оставались тогда ещё подробно не исследованными и неосознанными...

Для наглядности и достоверности обратимся к фрагментам довоенных воспоминаний владельца русской эстрады Александра Вертинского: «Продавался он (кокаин – Б.К.) сперва открыто в аптеках, в запечатанных коричневых бочонках, по одному грамму. Самый лучший, немецкой фирмы «Марк» стоил полтинник грамм. Потом его запретили продавать без рецепта, и доставать его становилось все труднее и труднее. Его уже продавали «с рук» – нечистый, пополам с зубным порошком, и стоил он в десять раз дороже...

Короче говоря, кокаин был проклятием нашей молодости. Им увлекались многие. Актеры носили в жилетном кармане пузырьки и «заряжались» перед каждым выходом на сцену. Актрисы носили кокаин в пудреницах. Поэты, художники перебивались случайными понюшками, одолженными у других, ибо на свой кокаин чаще всего не было денег.

Помню, однажды я выглянул из окна мансарды, где мы жили (окно выходило на крышу), и увидел, что весь скат крыши под моим окном усеян коричневыми пустыми баночками из-под марковского кокаина. Сколько их было? Я начал в ужасе считать. Сколько же я вынюхал за этот год!»

В полном отчаянии Вертинский обратился к авторитетному московскому психиатру проф. Н.Н. Баженову (1857-1923), а тот, в заключение беседы с начинающим артистом пригрозил: «Вот что, молодой человек, или я вас сейчас же посажу в психиатрическую больницу, где через год-два вас вылечат, или вы немедленно бросите кокаин! Сейчас же!

Он засунул руку в карман моего пиджака и, найдя баночку, швырнул её в окно.

– До свидания! – сказал он, протягивая мне руку. – Больше ко мне не приходите!

Я вышел. Все было ясно».

Александр Вертинский избавился от наркозависимости, когда изнурительно потрудился медбратом в санитарном эшелоне в 1914 – начале 1916 годов. Он сделал 35 тысяч перевязок! И возвратился в Москву исцелившимся человеком.

В 1918 году артист гастролировал в Одессе, следуя вместе с Белой армией, отступавшей под ударами красных. Как вспоминает Александр Николаевич, в гостинице, где он остановился, ночью его подняли с постели и привезли в походный вагон героя Белого движения генерал-лейтенанта Якова Слащёва-Крымского (прообраз генерала Хлудова в пьесе «Бег» Михаила Булгакова). Попросили исполнить песню «То, что я должен сказать», артист подчинился. Из этой странной встречи ему запомнилось: «...посредине стола стояла большая круглая табакерка с кокаином... в руках у сидящих были маленькие гусиные перышки-зубочистки. Время от времени гости набирали в них белый порошок и нюхали, загоняя его то в одну, то в другую ноздрю». Нюхал кокаин, по наблюдениям Вертинского, и сам генерал, крайне бледный и измождённый.

Следует отметить, что в предреволюционной России кабинетными интеллектуалами насаждались теории значимости одурманивающих веществ в эпоху политических перемен. Какая-то часть интеллигенции ориентировалась, например, на воззрения литературоведа и лингвиста Д.Н. Овсяннико-Куликовского (1853-1920). Он пытался научно обосновать абсолютную необходимость для общества входить в состояние «острого экстаза». Подобное ощущение якобы помогает человеку «держаться на уровне нормальной возбужденности, потребной для душевного равновесия».

Появляются тайные секты наркомистиков, открываются койкоместа в частных больницах для лечения наркоманов, Департамент полиции МВД Российской империи вступает в публично не афишируемую борьбу с лоббистами в Государственной Думе, ратующими за идею легализации наркотиков. Регистрируются ограбления потерпевших, споенных одурманивающими препаратами.

И, тем не менее, проблема наркотиков не проникает пока в гущу простого населения – среду крестьян, рабочих, мещан и мелких служащих, в отличие от рядовых подданных из южных регионов страны, людей высшего света и богемы.

Этому обстоятельству отчасти способствовало антинаркотическое законодательство, пусть и не столь совершенное, каким должно было быть. Свод уголовных законов эпохи заката российской монархии отличался либеральностью к правонарушителям в сфере использования наркотиков. Вот как, например, звучала ст. 899 Уложения о наказаниях: «Если от упущений, означенных в предшествующих статьях (892-893), последует кому-нибудь смерть (имеется в виду гибель покупателя после приёма приобретенного лекарства – Б.К.), то виновные, сверх определенных сими статьями за такие подвергаются,

буде они христиане, церковному покаянию, по распоряжению своего духовного начальства».

В это время на Европейскую часть Российской империи после прокладки железнодорожных путей, которые соединили Санкт-Петербург и Москву с Туркестанским краем, год от года интенсивнее проникали азиатские наркотики. Да и со стороны «дружественного» Запада не прекращалась контрабанда, в немалой степени провоцируемая коррупцией среди российских служащих. Отметим характеристику, данную пограничной страже жандармерией: «...самое большое зло в водворении контрабанды кроется в продажности чинов этой стражи... соблазн вошли в плоть и кровь этой стражи». Впрочем, другие государственные служащие, задействованные в контроле над распространением наркотиков, оказывались подвержены коррупции не менее плотно. Крупный специалист по наркопроблеме конца XIX – начала XX веков И.С. Левитов характеризовал ситуацию на Восточных границах Российской империи жёстко:

«Контрабандою занимаются и отдельные лица и целыя аульные общества с одобрения и под негласным покровительством сельских властей... чины волостной и сельской администрации покровительствуют из-за материальных выгод...».

Не вдаваясь в более глубокий анализ состояния российской наркоситуации накануне Второй Отечественной войны, к источникам распространения наркотиков применительно к нашей стране я отношу:

- российских медиков. Они интенсивно лечили наркотическими средствами людей, страдающих пьянством и алкоголизмом, а также душевнобольных, порождая тем самым всё новых и новых зависимых. В этом упорстве сказывалась зачастую безоговорочная ориентация отечественного здравоохранения на зарубежную медицину;
- иностранных и отечественных писателей. Они пропагандировали культ наркотиков в газетах и журналах, книгах;
- русских ученых-путешественников и военных. Они искренне стремились донести до россиян «исключительные» знания о гашише, опиуме, других одурманивающих веществах, сведения о которых усваивали в землях, где процветала бытовая наркомания;
- торговцев наркотиками. Они были корыстно заинтересованы в сбыте дурмана, как сверхприбыльного товара. Они же наладили эксплуатацию железнодорожных линий империи для транснациональной переброски гашиша и опиума по направлению «Азия-Россия-Западная Европа»;

- высшие власти страны. Они пассивно взирали на исподволь развивающуюся проблему наркотиков, что было принципиально пагубным для общества.

Остановимся на этом моменте подробнее.

Столь недалёковидное благодушие, несмотря на многолетние предупреждения отдельных экспертов – военных, медиков, предпринимателей, писателей, того же Льва Толстого, основывалось на отсутствии массового, ярко выраженного негативного социального эффекта от злоупотребления наркотиками, их торговли. Более того, учёные успокаивали: «К большому счастью для нас, русских, – убеждал проф. А.И. Ковалевский – болезненное состояние, известное под именем морфиомания... распространено очень мало. Во много раз сильнее морфиомания распространена во Франции, в Англии, в Италии и далее на Восток, особенно в Константинополе».

В немалой степени всеобщее успокоение объяснялось огромной долей сельского населения и незначительной – жителей городов. В 1914 году (в пределах современной Российской Федерации) это соотношение равнялось 83 процента против 17 процентов. (Для сравнения: в 2013 году соответственно 26 и 74 процента.). Крестьянство выступало своеобразной буферной подушкой на пути наркомании. Власти рассуждали так. Морфий? Ну, морфий, лекарство, испытывает к нему страдалец тягу, захочет – соберётся силушкой, помолится, да и перестанет инъектировать... Так же с кокаином, героином. Ведь ими «успешно», повторимся, лечили пьянство и другие виды зависимости. В психиатрических лечебницах избытка наркоманов не было, хотя, подчеркнём вновь, первые специализированные койкоместа в частных клиниках уже оборудовались. В приёмных докторов-психиатров очередей наркоманов не стояло, хотя в дверь уже стучали. Правоохранительные органы и спецслужбы на организованную преступность, связанную с наркотиками, внимания не обращали, – подумаете, лекарствами торгуют. Департамент полиции МВД Российской империи был полностью поглощён противодействием традиционному криминалу и преследованием революционеров. Взаимосвязь между наркоманией и преступлениями против собственности, когда зависимые ради денег на дозу преступали закон, не отслеживалась, разве что вскрывались отдельные случаи опаивания проститутками излишне доверчивых клиентов «малинкой» – алкоголем с добавлением снотворных препаратов, того же опиума. Отсутствие профессионального интереса к наркотикам доказывают мемуары полицейских китов, в частности, генерала Аркадия Францевича Кошко, написанные им на чужбине во Франции в 1926-1929 годы: в них проблема наркотиков не отражена.

Вот примерно в такой беззаботной наркообстановке, которая в большей мере была актуальна и для будущих противников и союзников России, страна встречала Первую мировую.

И сразу же столкнулась с огромной проблемой, напрямую связанной именно с наркотическими средствами. Пренебрежительное внимание к ним, близорукость

вступления в сражения без учёта этого стратегического фактора больно аукнулось, затронуло судьбы, без преувеличения сказать, миллионов солдат и офицеров. А дело оказалось вот в чём.

С развитием технической оснащённости общества, совершенствования вооружений для истребления противника, битвы приобретали всё более кровопролитный характер, оставляли на поле боя множество раненых. На этот факт обратили внимание. Правительства развитых государств потребовали от учёных создания таких обезболивающих медикаментозных препаратов, которые: во-первых, можно было бы производить в огромных количествах; во-вторых, способных погружать тяжелораненых на время операции в быстрый сон; в-третьих, обладали небольшим объёмом, малым весом, и простотой применения. Российская империя в этом вопросе пользовалась творческими плодами зарубежных медиков и химиков. А напрасно.

Опиум? Ладно. Для помощи 20 тысячам раненых (а именно столько составило, кстати, число пострадавших без учёта убитых и пропавших без вести 26-30 августа 1914 года после поражения русских в битве с германцами при Танненберге; в русской традиции – самсоновская операция) потребуется 400 грамм наркотика в сутки из минимального расчёта одна доза на одного человека. Морфий? Ещё лучше. Вес ограничится 300 граммами в кристаллическом порошке. Героин? Его и надо то всего-навсего 100 граммов, тоже в порошке. Шприц европейцы изобрели? Молодцы, покупаем! Подкожное впрыскивание ускоряет обезболивание и наступление сна, убыстряет санитарную обработку доставляемых раненых. Перспективы и социальные последствия выхода из госпиталей тысяч военных, избавленных от ранений, но поражённых тягой к наркотикам? Об этом и не задумывались...

Лишь через десятилетие начнут находить объяснения уже случившемуся. В 1929 году отечественный психиатр академик АМН СССР Василий Алексеевич Гиляровский (1878-1959) доходчиво описал социальные причины зарождения «полевой наркомании», так я назвал это явление: «Большое количество ранений на войне и революции, очень мучительных, были поводом к применению морфия и других наркотических средств...».

Обнаруженная на практике проблема серьёзно беспокоила другого известного русского и советского врача – академика, Героя Социалистического Труда Николая Николаевича Бурденко (1876-1946). Знаменитый хирург, анализируя средства наркоза, применяемые в 1914 году на Северо-Западном фронте, сетовал на отсутствие препаратов, которые не вызывали бы зависимость от них у раненых, настаивал на необходимости в этом плане тщательно готовиться к будущим войнам.

Итак, грянул 1914 год, началась Вторая Отечественная война. Уже после первых боестолкновений и сражений в полевые госпитали и медсанчасти раненые стали поступать тысячами. Люди нуждались в санитарном внимании, в хирургических операциях, что требовало значительных медикаментозных ресурсов. А они-то вскоре и

иссякли... Почему же? Да потому, что наивные власти отчего-то предполагали, будто германский император Вильгельм II будет из высоких родственных чувств поставлять, как и прежде, наркотикосодержащие лекарства своему военному противнику.

Ведь собственной развитой фармакологической промышленности в Российской империи не имелось! До 1914 года из нашей державы на Запад, в первую очередь на фабрики в Германию, поставлялось биологическое и растительное лекарственное сырьё. Причём по низким закупочным ценам.

И только после того как это сырьё германская фармацевтика перерабатывала в готовую продукцию, заказанные Россией медикаментозные товары возвращались обратно, но уже совсем по другой, куда более высокой оптовой стоимости. Их-то и приобретали в аптеке по полтиннику за грамм наркоманы.

...Короче, вскоре запасы наркотиков на медицинских складах русских войск закончились. Хирурги в полевых условиях начали резать раненых по живому, без локального обезболивания и анестезии. Мучения несчастных немного облегчал глоток алкоголя. Крики из операционных раздавались жутчайшие. У здоровых солдат и офицеров, слышавших эти вопли, боевого духа никак не прибавлялось. И только тогда, когда стало наконец-то ясно, что лекарственной помощи ни от кайзеровской Германии, ни от многочисленных «союзников» ожидать не придётся, жернова бюрократического аппарата закрипели...

23 октября 1914 года вышел в свет согласованный с Министерством торговли циркуляр № 1345 «О содействии общественным установлениям и частным фирмам, нуждающимся в приобретении лекарственных средств». Документом поощрялось развитие фармакохимической промышленности, занятой производством необходимых фронту лекарств в счёт компенсации ранее поступавших из-за рубежа. Но и тут кондовый бюрократический механизм подготавливаемой к смерти Империи, несмотря на указанную выше официальную уже констатацию сырьевой зависимости России от промышленности Германии, опять забуксовал. 20 февраля 1915 года распространяется повторный циркуляр, обращённый вниманию губернаторов о необходимости скорейшего исполнения прежде разосланного поручения. А раненых военнослужащих не убавлялось, напротив, прибывало ото дня ко дню, от месяца к месяцу, от года к году. И снова скрежещут хирургические пилы, нет обезболивающих лекарств, нет анестезии...

14 мая 1915 года в Петрограде (переименован из Санкт-Петербурга 18 августа 1914 года) состоялось экстренное Межведомственное совещание при Департаменте земледелия МВД Российской империи «Об улучшении производства в России лекарственных растений».

На представительном заседании который уже раз признавалось: «Переживаемая ныне освободительная война обнаружила тяжёлую зависимость России от германской промышленности, между прочим, и в деле снабжения населения лекарствами».

Присутствующие вновь нашли целесообразным возделывание снотворного (опийного) мака – *Papaver somniferum* – и создание собственной промышленной базы по кустарной и фабричной переработке сырья и производства ассортимента лекарств. Однако лишь к концу 1915 – началу 1916 годов определённая правительством задача в части наркотикосодержащих культур – опийного мака – начинает полноценно реализовываться.

Между тем, предприимчивые люди, живущие на Дальнем Востоке (здесь лидировали представители китайской диаспоры), весной 1915 года посеяли внушительные площади снотворного мака в надежде хорошо заработать на военных поставках. Каково же было их удивление и негодование, когда 7 июня (ст. ст.) 1915 был утвержден Указ «О мерах борьбы с опиокурением». Этим нормативным актом запрещались посевы мака опийного в Приамурском генерал-губернаторстве и Забайкальской области иркутского генерал-губернаторства. Именно там, где намечалось официально разрешить культивирование этого лекарственного растения. Подобные нормативные нестыковки местную полицию, взявшую под козырёк после правительственных циркуляров, привело в полное недоумение и запутало окончательно. Как поступать, ликвидировать мак или охранять?

Тогда же показала свое истинное лицо транснациональная организованная преступность, о моменте появления которой в нашей стране эксперты спорят по сей день. Я предлагаю ознакомиться с любопытным документом, малоизвестным даже специалистам-историкам. Он имеет прямое отношение к нашей теме.

17 июня 1915 года, через неделю после утверждения Николаем II Указа о запрещении посевов опийного мака, на имя директора Департамента полиции МВД Российской империи, сенатора, графа В.А. Брюн-де-Сент-Ипполита и ещё шестерых адресатов из правительства, поступила уникальная телеграмма. Привожу её полный текст, скопированный мною из государственного архива:

Телеграмма № 20. Председателю Совета Министров, Министру Внутренних Дел, Министру Юстиции, Военному Министру, Председателю Государственной Думы Родзянко, Сенатору Унтербергу:

«МУЖ РАНЕН В ЯПОНСКУЮ КАМПАНИЮ ТЕПЕРЬ НАХОДИТСЯ В ДЕЙСТВУЮЩИХ ВОЙСКАХ. СЫН ТЯЖЕЛО РАНЕН И ТЕПЕРЬ ЛЕЖИТ ПЕТРОГРАДСКОМ ЛАЗАРЕТЕ. ТОЧКА. ОСТАВШИЕСЬ ОДНА ПРИНУЖДЕНА БЫЛА СДАТЬ ЗЕМЛЮ В АРЕНДУ КИТАЙЦАМ КОТОРЫЕ ЗА НЕИМЕНИЕМ ХЛЕБНЫХ СЕМЯН В ВИДУ БЫВШЕГО НАВОДНЕНИЯ ЗАСЕЯЛИ ЗЕМЛЮ МАКОМ. ТОЧКА. В ТАКОМ ЖЕ ПОЛОЖЕНИИ ТЯЖЕЛОМ НАХОДЯТСЯ ЖЕНЫ И МАТЕРИ КАЗАКОВ МУЖЬЯ И ДЕТИ КОТОРЫХ В РЯДАХ ДЕЙСТВУЮЩЕЙ АРМИИ. ТОЧКА. ЗАКОНОМ 22 МАЯ ЗАПРЕЩЕН ПОСЕВ МАКА.

ТОЧКА. ЗАКОН ОБРАТНОГО ДЕЙСТВИЯ НЕ ИМЕЕТ НО ВОЙСКОВАЯ АДМИНИСТРАЦИЯ РАСПОРЯДИЛАСЬ ТЕПЕРЬ ЖЕ УНИЧТОЖИТЬ МАК. ТОЧКА. УНИЧТОЖЕНИЕ ПОСЕЯННОГО МАКА КАК МЕНЯ ТАК РАВНО ВСЕ НАСЕЛЕНИЕ ПОЛТАВСКОГО ОКРУГА ИЗ 17000 ДЕСЯТИН ЗАСЕЯНО МАКОМ БОЛЕЕ 8000 ЖДЕТ ПОЛНОЕ РАЗОРЕНИЕ. ТОЧКА. СРЕДИ АРЕНДАТОРОВ ПРЕВЫШАЮЩИХ ЧИСЛЕННОСТЬ БОЛЕЕ 4 000 СИЛЬНОЕ БРОЖЕНИЕ ВОЗМОЖНО ЖДАТЬ В СЛУЧАЕ УНИЧТОЖЕНИЯ ПОЛНЫЙ РАЗГРОМ. ТОЧКА. ПРОШУ ЗАЩИТЫ И РАСПОРЯЖЕНИЯ ПРОИЗВЕСТИ СБОР В НАСТОЯЩЕМ ГОДУ. ЖЕНА ЕСАУЛА ШЕСТАКОВА» 15.VI.1915.

Телеграмму «устроили» китайские гангстеры из триады!

Сначала петербургские чиновники согласились с требованиями арендаторов, так как речь шла о волнениях внутри Империи, находящейся в состоянии войны. Но ситуацию изменила очередная шифрограмма Генерального консула из Харбина от 12.07.15 г., в которой сообщилось: «...Местные китайские власти обращают мое внимание на то, что, по их сведениям, в пределах Приамурского Генерал-Губернаторства в нынешнем году обширные площади вновь засеяны маком».

Царские бюрократы решили дело просто. Они передали решение этого вопроса на ведение местных властей. В свою очередь, требование республиканского правительства Китая о пресечении деятельности макосеяльщиков, администрация Уссурийского войска выполнила следующим образом, — посеы мака подверглись уничтожению, а «порочные иностранцы» выселены за пределы Российской империи.

Как мы видим, театр военных действий Русской армии не ограничивался территорией Восточной и Западной Европы. В глубоком тылу происходили свои битвы, в данном случае и против наркотиков, и за их производство.

По мере продолжения боевых действий Русской армией, которые сопровождались ростом революционных настроений в обществе, усиливалось падение дисциплины во фронтовых частях. Этому сильно способствовала предательская агитация в действующих воинских частях политическими партиями, настроенных антимонархически. Из воспоминаний генерала А.А. Брусилова, других авторитетных военачальников видно, как горько им было наблюдать разлагающийся на глазах порядок. «Положение в армии ужасающее... армии в действительности не существовало, и были только толпы солдат, непослушных и к бою не годных», – в отчаянии писал Брусилов в 1917 году, после Февральской революции и отречения Николая II от трона.

Была ли Русская армия, уничтоженная большевиками, эсерами, кадетами и пр., поражена наркоманией? Нет, утверждать такое было бы неправдой. Пристрастие к спиртному, да, отмечалось, отрицать нельзя. Не отслеживается проблема полевой наркомании в мемуарной литературе и прессе, научных журналах, исключая описания отдельных эпизодов пристрастия к ним, что не позволяет обобщать разрозненные факты, придавать

им масштаб явления. К примеру, в «Русском враче» № 46 за 1915 год промелькнула заметка военного врача Т.Ф. Белугина о солдатах-призывниках, которые отварили мухоморы, съели, впали в эйфорию, пели, веселились, часто повторяя: «Всё равно умру. Обязательно умру». Я бы отнёс эту заметку к категории курьёзов.

И все же наркотизация российского общества обострялась в годы войны очень энергично. В литературе бытует мнение, что этому способствовало принятие «сухого закона» в 1914 году. Якобы именно после этого решения была отмечена интенсивная кокаинизация общества, армии. Сомневаюсь: свинья, она везде грязь найдёт. Например, по моим статистическим замерам во время горбачёвского «сухого закона» 1980-х явно выраженных признаков роста наркомании и токсикомании не наблюдалось. Негодований ангажированных журналистов – да, статистики – нет.

Что же касается армейской среды, то многие военнослужащие «слетели с катушек» под воздействием кокаина, морфия и эфира в недолгие месяцы двух революций 1917 года (кому угодно – переворотов) и особенно в период Гражданской войны.

Яркий пример – генерал-кокаинист Яков Слащёв. В 1917-1922 годах разорение аптек, в которых имелись наркотики, солдатами и матросами как «белых», так и «красных» стало обычным явлением. Но привязанность к наркотикам военных в ту пору времени – это отдельное, самостоятельное повествование.

А как обстояли интересующие нас дела в зарубежных армиях противников и союзников России?

Очевидцы уверяют: после Первой мировой солдат и офицеров, ставших зависимыми в частности от морфия и героина, приравнивали к инвалидам войны. В психиатрических стационарах США и Старого Света наблюдалось больше наркоманов, чем обычных алкоголиков.

Удручающая статистика не убитых в ходе боевых действий, но уничтоженных наркотиками, объясняется в немалой степени чрезмерной интенсивностью использования наркосодержащих лекарств зарубежной полевой медициной. Союзные армии и армии противников испытывали перенасыщение поставками медикаментозных препаратов. При этом героин, по причине его большей наркотической активности, использовали чаще, чем морфий и опий. Разумеется, и привыкание к нему наступало быстрее. Не зря на Западе его обозвали «солдатским лекарством».

Большое хождение имел в Европе кокаин. В годы Первой мировой войны Герман Геринг (1893-1946) – будущий рейхсмаршал нацистской Германии, с охотой вдыхал белый порошок, отправляясь в очередной полёт на самолёте-истребителе. Так поступало немало лётчиков. Через 30 лет Геринг превратился в закоренелого наркомана. Во время его

ареста американцами в Берхтесгадене при нём нашли 20 тысяч ампул с морфием, этот скромный запасец хранился в двух больших чемоданах, принадлежавших рейхсмаршалу.

В Великобритании, например, целый список наркотиков на второй год войны был благоразумно выведен из легального оборота, взят под тщательный контроль государством, запрещён к немедицинскому употреблению. В других странах наркорезим был куда слабее.

Радио «Свобода» 26 июля 2010 года разместила на своём сайте статью Софьи Корниенко «Кокаин для нужд войны». В этом материале рассказывается о Нидерландах, где во время Первой мировой действовала фабрика по производству кокаина. Она функционировала с 1900 года. Наркотик продавался и государствам Антанты, и государствам Тройственного Союза. Только в 1919 году было легально продано 13 тонн кокаина. В статье называется также немецкая фирма Merck в Дармштадте, которая «произвела в 1912-1914 годы около 21 тонн кокаина, а во время Первой мировой – более полутора тонн в год».

Историю эту раскопала голландская писательница Конни Браам (Conny Braam). Она утверждает, что кокаин на фронте распределялся военнослужащим через медчасти. Для удобства его приёма в окопах наркотик изготавливали в форме таблеток под названием «Ускоренный марш». На ёмкости, куда таблетки помещались, имелась этикетка с надписью "Ослабляет чувство голода и усиливает выносливость". Писательница говорит о сотнях тысяч солдат-наркоманов, ставших таковыми благодаря работе узаконенных наркофабрик. В Русской армии такого рода экспериментов не проводилось.

Что же в итоге?

Опираясь на разные источники, можно узнать потери российских солдат и офицеров во Второй Отечественной. Они колеблются от 775 тысяч до 1,3 млн. убитыми и пропавшими без вести. Соответственно раненых – от 3,2 млн. до 3,8 млн. человек. Скольких из них удалось бы спасти полевым врачам, будь наркотиков в санитарных частях Русской армии – побольше, а в тылу – поменьше, навряд ли кто ответит. Несомненно одно. Хилость национальной фармацевтической промышленности и надежды власти обеспечить войска обезболивающими лекарствами за счёт их покупки у военного противника непростительны.

Первая мировая пожрала четыре империи: Австро-Венгерскую, Германскую, Российскую и Османскую. Известны слова У. Черчилля, который, формулируя трагическую оценку Российской державе в том побоище, писал: «Ни к одной стране судьба не была так жестока, как к России. Её корабль пошёл ко дну, когда гавань была в виду. Она уже претерпела бурю, когда всё обрушилось. Все жертвы были уже принесены, вся работа завершена... Держа победу уже в руках, она пала на землю, заживо, как древле Ирод, пожираемая червями».

Помогли ли в этом падении наркотики и наркомания? Несомненно, да, помогли, подтолкнули, но не в армии, а в тыловом обществе, точнее, в известных его кругах, которые явились для России провокаторами исторического крушения Империи в 1917 году.

Cocaine was the curse of our youth *Drugs in the trenches and in the rear of the World War I*

Kalatchov B.F.

Honored Internal Affairs officer, PhD in Law

The article dwells upon a relatively unknown historical fact – the influence of the WW I on the expansion of non-medical use of narcotic drugs in Russia and the West. Address The issue of the creation of non-addictive analgesics is considered. The thesis of the prohibition as a reason for the intensive growth of drug use is refuted.

Key words: cocaine, morphine, painkillers, First World War, drugs, drug addiction

Международный конгресс и выставка «Медицинские учреждения в России: проектирование, строительство, оснащение и управление»

13-15 октября 2014 года, ВК «Крокус Экспо» (Москва)

С 13 по 15 октября 2014 года на территории ВК «Крокус Экспо» (Москва) пройдут Международный конгресс и выставка «Медицинские учреждения в России: проектирование, строительство, оснащение и управление».

Успех прошлого года

Международный Конгресс и Выставка: Медицинские Учреждения в России: Проектирование, Строительство, Оснащение и Управление быстро завоевали звание ключевых отраслевых событий. На сегодняшний момент это единственная платформа в России, посвященная продвижению существующих и будущих проектов отрасли здравоохранения. Конгресс охватывает все основные направления строительства и инфраструктуры медицинских учреждений, максимально объективно отражает состояние и перспективы развития этого рынка в России. В современных условиях, когда происходит более тщательный выбор выставочных проектов, мероприятие заняло лидирующие позиции, благодаря тщательно спланированной кампании, ориентированной на привлечение максимального числа специалистов, актуальной программе разноформатных деловых мероприятий, высокому профессионализму привлекаемых экспертов.

Программа конгресса:

<http://www.adamsmithconferences.com/as2287meapru>

Список докладчиков:

<http://www.adamsmithconferences.com/as2287measru>

Бесплатная Регистрация посетителей:

<http://www.adamsmithconferences.com/as2287meavr>

Регистрация делегатов:

<http://www.adamsmithconferences.com/as2287mearru>

Актуальные задачи мероприятия

Опорными тематиками мероприятия, как и в прошлом году, будут вопросы, связанные с проектированием, строительством и оснащением медицинских организаций. Заинтересованность и активность профессионального сообщества к проблемам эффективного управления в сфере здравоохранения продемонстрировала необходимость включения этого блока в работу Конгресса. Центральными сессиями в 2013 году являлись конференции, сфокусированные на задачах сектора архитектуры и дизайна медицинских учреждений. Это направление будет продолжать развиваться в рамках деловых мероприятий и в этом году. Вопросы планирования и проектирования, выбора добросовестных подрядчиков и партнеров, ключевых факторов, влияющих на выбор инженерных решений проекта, а также аспекты адаптации и модернизации существующих объектов будут обсуждаться в течение первого дня работы Конгресса.

Новое в Конгрессе

- Одной из ключевых сессий Конгресса станет конференция, посвященная реформам и нововведения в сфере государственного регулирования, способствующим повышению стандартов в медицинских учреждениях.
- Важное место среди заявленных тем, займет дискуссия на предмет эффективного управления медицинской организацией мирового класса. Где все присутствующие смогут задать свои вопросы **главным врачам ведущих медицинских учреждений России и зарубежья**
- Согласно утвержденной программе развития и реформирования системы здравоохранения с 2013 по 2020 год правительство потратит более 33 трлн рублей на реорганизацию медицинского сектора, и основная масса государственных инвестиций планируется в регионах. В этой связи одной из наиболее востребованных у специалистов тем является проблема развития периферийной медицинской инфраструктуры. Практические примеры успешного запуска медицинских учреждений в регионах, результаты интеграции негосударственного сектора в территориальные программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи будут представлены в рамках отдельной сессии, которая во второй половине дня перерастет в обсуждение источников финансирования медицинских проектов и развития ГЧП.
- На протяжении работы второго дня планируется обмен опытом специалистов в области применения материалов и технологий между российскими и зарубежными специалистами в рамках реализации проекта «Больница будущего». Здесь будут

представлены практические примеры международных разработок в проектировании, построении и оснащении медицинских учреждений.

- В рамках сессии "Оснащение больниц: от закупки медицинского оборудования до сервисного обслуживания" будут обсуждаться вопросы регуляторных норм и нововведений в законодательстве, возможности эффективного оснащения в условиях ограниченного финансирования и многое другое.
- Одним из центральных мероприятий Конгресса станет сессия, посвященная вопросам модернизации и совершенствования системы управления скорой помощи.
- Проектирование, построение, оснащение и управление центрами оказания высокотехнической медицинской помощи – эта тема новой сессии. Конгресса, призванной создать условия для конструктивного диалога специалистов различных отраслей, содействовать успешному решению задач развития строительного-инфраструктурного комплекса сектора здравоохранения.
- Деловая программа мероприятия будет включать семинары и мастер-классы по различным направлениям управления медицинской организацией, среди них семинар на тему "Эффективные тендерные закупки", и мастер-класс от GE Healthcare.

В этом году организационный комитет уделил особое внимание развитию и улучшению медицинской помощи в регионах, в связи с этой инициативой, в рамках Конгресса будут организованы интерактивные круглые столы, где каждый из участников может обсудить проекты здравоохранения с представителем регионов.

Следите за обновлением информации о мероприятиях на сайте:
www.hospitalbuildrussia.com

II-я Научно-практическая конференция "Методические и организационно- правовые проблемы деятельности химико- токсикологических лабораторий наркологической службы"

**21-22 октября 2014, ФБГУ ННЦ наркологии Минздрава
России, журнал "Наркология", интернет-портал "Нет-
наркотикам"**

Главным наркологам
субъектов Российской Федерации

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в работе II-й научно-практической конференции и круглого стола "Методические и организационно-правовые проблемы деятельности химико-токсикологических лабораторий наркологической службы", которые будут проводиться ФБГУ ННЦ наркологии Минздрава России, журналом "Наркология", Институт аналитической токсикологии, информационно-публицистическим интернет-порталом "Нет – наркотикам".

Темы конференции и круглого стола

- Идентификация новых синтетических каннабимиметиков в биологических и синтетических объектах методами газовой и жидкостной хроматографии высокого и низкого разрешения.
- Возможности квантово-химических расчетов и встречного синтеза для установления структуры новых веществ.
- Критерии выбора, возможности и ограничения различных ВЭЖХ-МС/МС систем для определения наркотических и психоактивных веществ.
- Совместное применение методов одноквадрупольной и тандемной масс-спектрометрии для целей ХТА. Сравнение метрологических параметров аналитических методик.

- Анализ волос и ногтей на содержание наркотических и психоактивных веществ. Методические подходы, оценка достоверности, трактовка результатов, связь с клинической картиной.
- Применение методов химико-токсикологического анализа волос для ретроспективного судебно-химического исследования.
- Новые нормативные документы для химико-токсикологического анализа.
- Детское тестирование, проблемы и перспективы.

Об участии в конференции

Уважаемые коллеги, просим выслать в наш адрес название докладов, а также для повышения эффективности работы круглого стола и выработки решения по итогам обсуждения просим выслать информацию о проблемах химико-токсикологических лабораторий, связанных с методическим и организационно-правовым обеспечением деятельности и вопросах, возникающих при взаимодействии с другими ведомствами, занимающимися выявлением потребителей наркотических средств и психотропных веществ.

Участие в конференции в качестве докладчика позволит получить 10 кредитных баллов в системе дополнительного профессионального образования медицинских работников (КНС). Участие в практическом семинаре (мастер-классе) оценивается 5 баллами КНС, с выдачей соответствующих справок.

В рамках конференции будут проведены практические занятия по определению психоактивных веществ методами ГХ-МС и ВЭЖХ-МС/МС. Уважаемые коллеги, привозите пробы биологических объектов (моча, волосы, ногти).

Регистрация на конференции обязательна и доступна только по адресу:

<http://www.narkotiki.ru/application.htm>

Место проведения

Москва, Малый Могильцевский переулок, д.3, 4 этаж, конференц-зал (ФГБУ ННЦ наркологии Минздрава)

Контакты

Савчук Сергей Александрович

8903-740-93-90

serg-savchuk@yandex.ru

Наеждин Алексей Валентинович

8905-515-30-24

aminazin@inbox.ru

Наш адрес: nrca@mail.ru, info@nrca-rf.ru

Директор ННЦ наркологии,
проф, д.м.н. Е.А.Кошкина