
**РАЗДЕЛ ТРЕТИЙ.
ПРОЕКТЫ ИЗМЕНЕНИЙ
И ПРЕОБРАЗОВАНИЙ
В СОЦИАЛЬНЫХ СИСТЕМАХ**

**SECTION THREE.
PROJECTS OF CHANGES
AND TRANSFORMATIONS
IN GOVERNANCE**

ПРОЕКТ СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЙ МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РОССИИ

В.В. КОПИЛЕВИЧ

Национальный исследовательский
Томский государственный университет
vkopi@rambler.ru

Рассматриваются проблемы совершенствования лекарственного обеспечения в России. Выделяются современные проблемы недостаточности финансирования лекарственного обеспечения, необходимость модернизации системы лекарственного обеспечения через разработку и внедрение новой концептуальной модели обеспечения населения России лекарственными средствами.

Ключевые слова: финансирование здравоохранения, лекарственное обеспечение, бюджет лекарственного обеспечения, национальное лекарственное страхование.

Состояние здоровья населения в современной России представляет собой одну из наиболее острых социальных проблем. В России очень высокий уровень смертности и крайне низкая продолжительность жизни. Уровень смертности в России вдвое превышает средний по странам ОЭСР, более того, его рост прекратился только в середине 2000-х, тогда как в других странах ОЭСР он неуклонно снижался с 1970-х гг. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), вероятность

умереть от неинфекционных болезней в возрасте 30–70 лет у россиянина превышает 35 % – такой уровень, называемый ВОЗ «кризисом здоровья взрослого населения», характерен только для некоторых африканских стран, Украины и южных стран СНГ.

Государственные расходы на здравоохранение в России – 4,7 % ВВП в 2012 г., – ниже, чем в странах ОЭСР (минимум – 6,1 % ВВП – в Мексике), но и эти деньги тратятся недостаточно эффективно. Сравнение с другими странами показывает, что похожий уровень эффективности (она измеряется такими индикаторами, как младенческая смертность, продолжительность жизни, число терапевтов на 1000 населения и т. п.) достигается при расходах на 30–0 % меньше. Неэффективность государственных расходов вкупе со смещением фокуса на профилактику, вероятно, стала причиной недостаточного внимания к хроническим заболеваниям, смертность от которых в России необычайно высока [1].

Если принять во внимание, что 2/3 врачебных назначений приходится на лекарственные средства, показательной становится статистика общих расходов на лекарственную терапию.

Лекарственными средствами в амбулаторных условиях население РФ обеспечено в 5,5 раза меньше, чем население стран ОЭСР; в доле ВВП – в 3 раза меньше. В 2007 г. в РФ общие подушевые расходы на лекарственные средства в амбулаторных условиях в год составили около 190 долл. по ППС, при этом из государственных источников покрывается только 24% (45 дол. по ППС). В странах ОЭСР общие подушевые затраты на лекарственные средства в амбулаторных условиях в 2,2 раза больше (413 долл. по ППС). Из государственных источников за рубежом покрывается 60 % расходов (250 долл. по ППС), что в 5,5 раза больше, чем в РФ (45 долл. по ППС). В относительных показателях (доле ВВП) государственные расходы на лекарства в РФ составляют 0,3 %, в развитых странах в 3 раза больше – 0,9 %.[2] Таким образом, проведенный анализ показал существенное отставание в расходах на здравоохранение и лекарственное обеспечение. Государственное финансирование лекарственного обеспечения недостаточно. Доступность лекарственных средств ограничена.

Изучив систему нормативно-правового регулирования лекарственного обеспечения и сопоставив ее с реально сложившейся на территории России ситуацией, можно констатировать факт расхождения между декларируемыми намерениями и реальным положением дел.

В рамках действующего законодательства лекарственное обеспечение в рамках медицинской помощи не предусматривается. Исключение составляет только экстренная и стационарная медицинская помощь, при оказании которой лекарственное сопровождение предусмотрено.

Что касается амбулаторной медицинской помощи, то нормативно предусматривается обеспечение лекарственными препаратами только определенных категорий граждан Российской Федерации, в соответствии с законодательством Российской Федерации (ст. 29, 323-ФЗ) [3].

Существующая система лекарственного обеспечения базируется на принципе государственной компенсации расходов на лекарства для отдельных категорий населения. Категории выделяются по следующим признакам: состояние больного, отнесение граждан к льготной категории, пациенты, страдающие социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, характеризующимися как высокочеловеческие.

За пределами компенсационных механизмов лекарственное обеспечение может осуществляться исключительно за счет личных средств граждан. Несмотря на то, что в России декларируется равный доступ к медицинской помощи, ее важный компонент остается за пределами государственных гарантий.

Из вышесказанного следует, что реальный равный доступ к своевременному и качественному лекарственному обеспечению в России отсутствует.

Второе противоречие лежит в плоскости декларируемых социальных льгот.

Схема взаимодействия участников программы льготного лекарственного обеспечения предполагала реализацию лекарственного обеспечения в виде особой социальной страховой программы, полностью финансируемой и регулируемой государством. Однако выбранные механизмы *финансирования и организации* государственной программы лекарственного обеспечения несли в себе целый ряд изъянов, вызвавших комплекс социальных, экономических и политических последствий.

Совмещение модели финансирования по числу участников с принципом свободного выхода из программы (вступившим в действие в 2006 г.) вызвало *нарушение финансовой устойчивости программы*, объясняемое действием правила неблагоприятного отбора участников. Закрепленная в законе возможность получения денежной компенсации позволяла льготнику выбирать экономически выгодную стратегию, что не могло не сказаться на бюджете программы. На протяжении всего срока действия программ тенденция к сокращению количества участников программы остается неизменной.

В результате, методологическая ошибка, допущенная при разработке программы дополнительного лекарственного обеспечения, позволяющая гражданам – получателям федеральной льготы выходить из программы, разрушила страховой принцип. Граждане, не нуждающиеся в помощи государства в приобретении лекарственных средств, забрав деньги и

выйдя из программы ухудшили финансовые риски и повысили убыточность системы. Это значит, что риски «низкого качества», оставшиеся в программе, стали требовать более высокого подушевого норматива финансирования. Однако конструкция закона такова, что при увеличении финансирования натуральной части льготы необходимо увеличивать ее монетизируемую часть.

В программе не были предусмотрены адекватные механизмы сдерживания затрат. Попытки ограничивать затраты внутри программы путем введения квот и ужесточений правил выписки рецептов, пересмотра и сокращения списка лекарственных средств, приводят к тому, что уход из программы продолжается, а, следовательно, все больше усугубляется проблема финансового обеспечения программы, адекватного рискам.

Рассмотрим практику обеспечения лекарственными средствами льготных категорий граждан согласно постановлению Правительства № 890. Как известно, в рамках данного постановления субъектам Федерации вменяется в обязанность лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан согласно перечню за счет средств региональных бюджетов.

В связи с фактической ограниченностью областного бюджета бесплатными лекарствами обеспечиваются в Томской области не более 40 % региональных льготников. Причем основной объем средств областного бюджета (до 87 %) направляется на обеспечение граждан, страдающих сахарным диабетом и бронхиальной астмой. Остальные группы населения и граждане, страдающие другими заболеваниями, из-за недостаточности средств обеспечиваются по остаточному принципу. При этом фактически бесплатными медикаментами обеспечивается только третья часть больных сахарным диабетом и бронхиальной астмой от общей численности страдающих данными заболеваниями, и только инсулином и ингаляторами [4].

Основной была, есть и останется в обозримой перспективе проблема превышения потребности в лекарственных средствах над финансовыми возможностями регионального бюджета. Это приводит к формированию «отсроченных рецептов». Помимо задержки обслуживания рецепта, недостаток финансовых возможностей региона провоцирует ограничение выписки рецептурных препаратов льготникам, т.е. ссылаясь на недостаточность финансирования, Департамент здравоохранения региона регламентирует выписку рецептов только по жизненным показаниям.

Некоторые регионы, вопреки обещаниям правительства, значительно урезали расходы своего бюджета на лекарственное обеспечение льготников: например, в Адыгее – более чем на 50 %, в Псковской области – на 30 %, в Московской области и Санкт-Петербурге – на 17 %.[5] Как следствие – эскалация социальной напряженности, недовольство региональной властью, ухудшение показателей здоровья населения региона.

Таким образом, несмотря на ежегодное увеличение средств, выделяемых на льготное лекарственное обеспечение, и удорожание средней стоимости одного льготного рецепта, актуальность проблемы и социальная напряженность вокруг данного вопроса не снижаются.

Выявленные системные противоречия наглядно показывают, что сложившаяся практика лекарственного обеспечения в Российской Федерации требует модернизации. Несмотря на рост объемов государственных затрат, ситуация с доступностью лекарственных средств для всех категорий граждан России продолжает ухудшаться. Промедление с началом реформирования программы лекарственного обеспечения год от года значительно усугубляет ситуацию.

Существующие противоречия и проблемы в области лекарственного обеспечения требуют изменения концептуальных подходов к финансированию лекарственного обеспечения в Российской Федерации.

Концепция лекарственного страхования, предложенная Министерством здравоохранения и социального развития совместно с Фондом обязательного медицинского страхования, предлагает переход на паритетное финансирование приобретения лекарственных средств всеми категориями пациентов при условии монетизации федеральных льгот. Стопроцентную льготу предполагается сохранить по ВЗН, онкологическим заболеваниям и инсулинозависимому сахарному диабету. Региональные льготники после покупки лекарства могут обратиться в соответствующие органы для получения компенсации.

Совершенно очевидно, что никаких новых механизмов обеспечения лекарственной доступности Концепция не предлагает. Финансирование остается многоканальным, источники покрытия дефицита финансирования программы не обозначены, организационная структура неясна, система не обладает признаками простоты, рациональности и целостности.

Впоследствии Минздравсоцразвития уточнило, что, скорее всего, система лекарственного страхования будет распространена *только на льготные категории граждан*, что не решает проблему финансирования лекарственного обеспечения всего населения России. Внедрение системы лекарственного страхования – вопрос, решенный на федеральном уровне. Предполагается запуск программы (в каком конкретно виде и в какой конструкции – не уточняется) в 2014–2015 гг.

Целью предлагаемой авторской модели национального лекарственного страхования является улучшение показателей здоровья населения Российской Федерации на основе повышения доступности, качества и безопасности лекарственных средств.

Базовыми принципами модели являются: всеобщность, социальная справедливость, социально-бюджетная эффективность, солидарная фи-

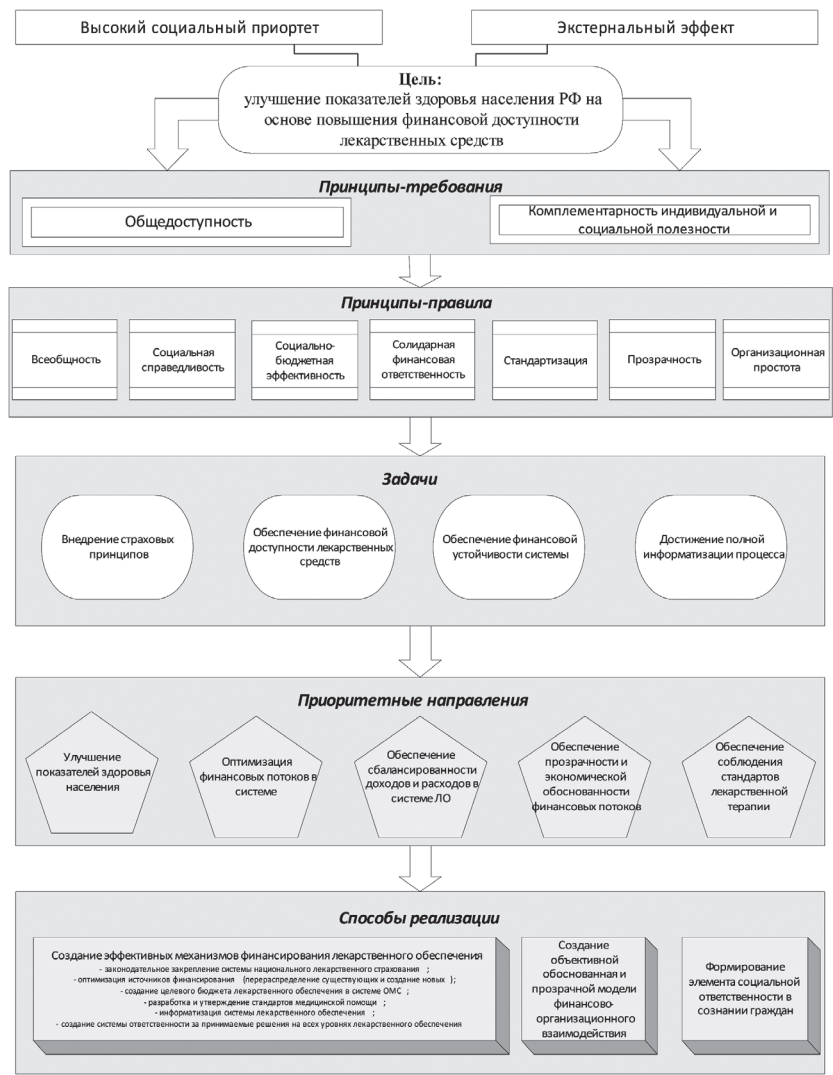


Рис. 1. Концептуальная модель национального лекарственного страхования

нансовая ответственность, стандартизация, прозрачность, организационная простота.

Под всеобщностью понимается возможность включения всех категорий населения, застрахованных в системе ОМС в систему национального лекарственного страхования.

Социальная справедливость подразумевает под собой учет возможностей и потребностей в лекарственной терапии тех или иных категорий населения.

Социально-бюджетная эффективность означает получение максимально возможного социального эффекта при минимальных затратах бюджетных средств.

Солидарная финансовая ответственность – это участие всех субъектов системы в формировании и использовании финансовых ресурсов, понимание роли и места каждого в обеспечении успешного функционирования системы.

Основой стандартизации является использование при отборе лекарственных средств формулярных перечней, составленных на основе разработанных и утвержденных стандартов лечения с учетом последних достижений в области фармакоэкономики.

Прозрачность есть обеспечение контролируемости и обоснованности движения финансовых потоков.

Организационная простота подразумевает выбор простых с организационной точки зрения механизмов реализации программы, поскольку, когда механизмы взаимодействия сложны, программа перегружена административным влиянием, это, как правило, приводит к финансовым просчетам, управленческим ошибкам и существенному дисбалансу системы.

В качестве задач, которые необходимо решить через внедрение модели социального лекарственного страхования, можно определить следующее:

- внедрение страховых принципов в систему лекарственного обеспечения;
- обеспечение финансовой доступности лекарственной терапии для всего населения государства;
- обеспечение финансовой устойчивости системы;
- достижение полной информатизации процесса.

С учетом поставленных задач, авторская концепция содержит следующие приоритетные направления реализации:

- улучшение показателей здоровья населения государства;
- оптимизация финансовых потоков в системе;
- обеспечение сбалансированности доходов и расходов бюджета лекарственного обеспечения;
- обеспечение прозрачности и экономической обоснованности финансовых потоков;
- обеспечение соблюдения стандартов лекарственной терапии.

В качестве способов реализации приоритетных направлений концептуальной модели социального лекарственного страхования предлагается следующее:

- создание эффективных механизмов финансирования лекарственно-го обеспечения;
- аккумулирование финансовых ресурсов исключительно в Фонде обязательного медицинского страхования;
- формирование объективной, обоснованной, прозрачной модели финансово-организационного взаимодействия;
- формирование элемента социальной ответственности в сознании граждан.

Предлагается выделить из общего бюджета ФОМС отдельный целевой бюджет «Лекарственное обеспечение», формирующийся за счет:

- ассигнований из федерального бюджета;
- страховых взносов за неработающее население и средств региональных бюджетов;
- добровольных страховых взносов населения.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования аккумулирует финансовые ресурсы для финансирования системы социального лекарственного обеспечения, поступившие в виде бюджетных ассигнований и страховых взносов работодателей, взносов региональных бюджетов за неработающее население и взносов граждан – участников программы. Дополнительным источником финансирования могут служить поступления в части национальных проектов и государственных программ по статье «Медикаменты». Учет движения финансовых ресурсов осуществляется в рамках бюджета лекарственного обеспечения.

В соответствии с произошедшим переходом на одноканальное финансирование денежные средства в виде субсидий направляются в территориальные фонды ОМС. Для определения объема финансирования используются актуальные данные о числе льготников и плановом объеме финансовых затрат по лекарственному обеспечению на каждую льготную единицу, прогноз потребления лекарственных средств населением. Дополнительным источником финансирования становятся взносы на социальное лекарственное страхование за счет средств региональных бюджетов и личных средств граждан. Учет средств также ведется в рамках отдельного бюджета – бюджета лекарственного обеспечения.

В рамках источников финансирования региональных бюджетов и добровольных отчислений граждан – участников системы разработан и предлагается тарификационный механизм, позволяющий обеспечить соблюдение принципов социальной справедливости и финансовой устойчивости системы социального лекарственного страхования.

Расчет тарифа на неработающее население (детей, студентов, безработных) был построен на соотношении настоящего уровня финанси-

рования льготного лекарственного обеспечения за счет средств региональных бюджетов и численности населения России по категориям.

Для лиц, получающих доходы, в том числе и доходы в виде государственных пособий и пенсий, предлагается ввести возможность включения в систему социального лекарственного страхования в заявительном порядке на условиях внесения страховых взносов по дифференцированным ставкам в зависимости от уровня доходов.

Расчет базировался на соотношении расходов и выгод, извлекаемых из включения в систему социального лекарственного страхования, а также исходя из потенциально необходимого объема финансирования системы с учетом возможного значительного изменения детерминант.

Предлагаемая модель национального лекарственного страхования в разрезе финансово-организационного функционирования представлена на рис. 2.

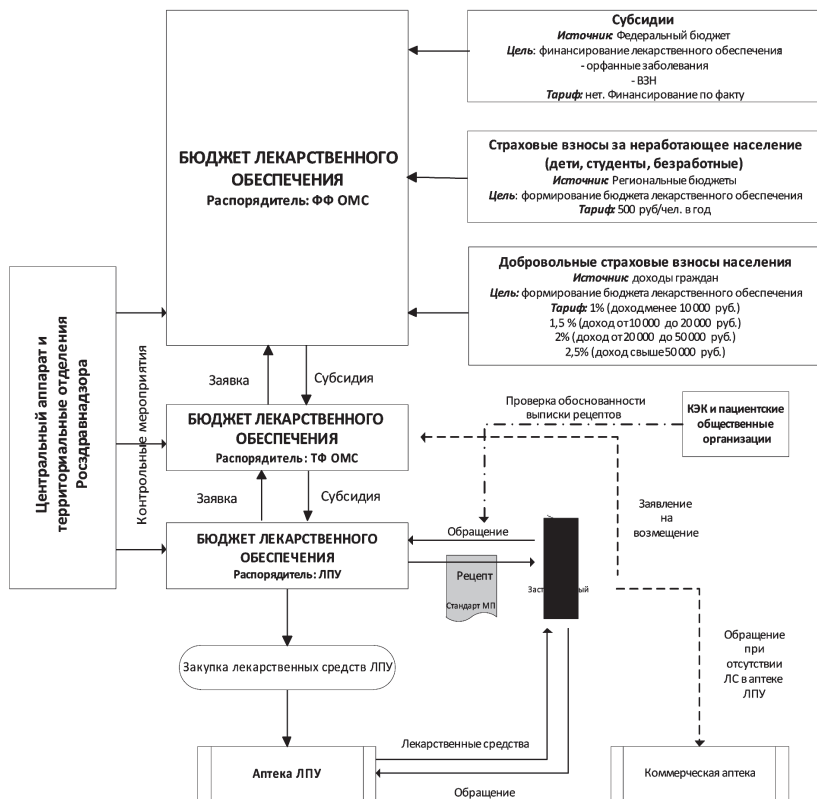


Рис. 2. Организационно-финансовая модель национального лекарственного страхования

Таблица

**Ожидаемые эффекты от использования модели национального
лекарственного страхования**

Социальный эффект	Экономический эффект	Бюджетно-финансовый эффект
Стопроцентное финансирование потребности в лекарственных средствах социально уязвимых групп населения. Беспрепятственная возможность всего населения приобретать лекарственные средства на льготной основе Формирование индивидуальной социальной ответственности в сознании граждан. Устранение социального неравенства в области обеспечения лекарственными средствами. Повышение уровня социальной защищенности населения. Преодоление возникших социальных рисков и предотвращение осложнений в будущем	Продление активного трудоспособного возраста. Снижение смертности трудоспособного населения. Снижение числа дней нетрудоспособности. Наращивание человеческого капитала, состояние которого способно оказывать прямое влияние на макроэкономические показатели	Оптимизация финансовой нагрузки на федеральный и региональные бюджеты. Упорядочение и оптимизация финансовых потоков в системе. Формирование финансовой ответственности на каждом уровне принятия решений. Прогнозируемость, прозрачность и контролируемость бюджетных средств, направляемых в систему

Эффективная система лекарственного обеспечения населения позволит синтезировать известную триаду эффектов: социальный эффект, экономический эффект и бюджетно-финансовый эффект.

Ожидаемые эффекты от использования модели социального лекарственного страхования представлены в таблице.

Таким образом, реализовав на практике бюджетно-страховую модель лекарственного обеспечения, государство получает действенный финансово-организационный механизм обеспечения финансовой доступности лекарственных средств для всех категорий населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *О. Кувишинова, М. Дранишникова. Уровень смертности в России вдвое выше среднего по OCЭР.* – URL: [http://www.vedomosti.ru/politics/news/1837965/krizis_zdorovya#ixzz1xGku3gh\\$](http://www.vedomosti.ru/politics/news/1837965/krizis_zdorovya#ixzz1xGku3gh$)
2. *Уроки реформирования российского здравоохранения.* – URL: http://medspravochnik.ru/view_page.php?page=36&ID=2
3. *Об основах здоровья граждан в Российской Федерации.* Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011. – URL: www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

4. *Материалы* Департамента здравоохранения Томской области // Отчет Департамента здравоохранения Администрации Томской области. 2012.

5. *Итоговая* коллегия Минздравсоцразвития РФ 2011. – URL: http://mn.ru/politics_gov/20120319/313747914.html